



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA DIRIGIDO A PAREJAS QUE ASISTEN A TRATAMIENTOS
DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

**TUTOR:
SALAZAR, NILDA**

**AUTOR:
DE ABREU, YOLANDA**

CARACAS, Enero de 2014

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Psicología y a la Universidad Central de Venezuela por haberme otorgado la valiosa oportunidad de pertenecer a su comunidad.

A los profesores de la Escuela de Psicología que brindaron sus conocimientos.

A la Profesora Rosa Lacasella y a la Profesora Nilda Salazar por su apoyo y colaboración.

A los participantes o evaluadores por su colaboración.

DEDICATORIA

A todos aquellos estudiantes de Psicología o Psicólogos interesados en el área de la Infertilidad.

A aquellas personas que, al igual que yo, han sido diagnosticadas con problemas de infertilidad.

Diseño y Evaluación de un Programa de Intervención Psicológica dirigido a parejas que asisten a Tratamientos de Reproducción Asistida.

Autor: De Abreu, Yolanda

RESUMEN

Dado que la infertilidad es un fenómeno complejo donde factores biológicos y psicológicos interactúan, diversos estudios afirman la importancia de combinar estrategias de intervención que puedan responder a ambas dimensiones. Por consiguiente, los Tratamientos de Reproducción Asistida (TRA) incluyen Programas de Intervención Psicológica (PIP). No obstante, se desconoce la existencia de una sistematización en su diseño y evaluación. Por esta razón, el objetivo de la investigación fue diseñar y evaluar un PIP dirigido a las parejas que asisten a los TRA. Para ello, se siguieron las etapas propuestas por Fernández-Ballesteros (1996) y Machado y Blanco (s.f. citado por Guevara, 2005): Planificación, Diseño y Evaluación. Durante las etapas de planificación y de diseño se estimaron y delimitaron los componentes que conformaron el PIP. En la etapa de evaluación, se realizó el diseño de evaluación del PIP y evaluación del mismo. En el diseño de la evaluación se determinó su evaluabilidad y se elaboraron los instrumentos de recolección de datos. Durante la evaluación, se efectuó la valoración del PIP en términos de validez mediante el juicio de 10 expertos, así como el análisis de los datos siguiendo las etapas propuestas por Shaughnessy, Zechmeister y Zechmeister (2007). Según los resultados obtenidos, se halló que el PIP es válido en términos de pertinencia, adecuación, factibilidad y suficiencia de las dimensiones evaluadas. Esta información permite establecer la efectividad potencial del PIP determinando objetivos, actividades y pautas de cumplimiento válidos para su adecuada implantación evitando así diseñar a posteriori tácticas fortuitas que pudieran interferir en su eficiencia o efectividad.

Palabras clave: Programa, Diseño, Evaluación, Validez, Infertilidad, TRA.

Design and Evaluation of a Psychological Intervention Program aimed at couples attending the Assisted Reproduction Treatments.

Author: De Abreu, Yolanda

ABSTRACT

Since infertility is a complex phenomenon in which biological and psychological factors interact, studies affirm the importance of combining intervention strategies that can respond to both dimensions. Therefore, treatments Assisted Reproductive Technologies (ART) include Psychological Intervention Programs (PIP). However, the existence of a systematic evaluation in design and is unknown. Therefore, the aim of the research was to design and evaluate a run PIP couples attending TRA. Planning, Design and Evaluation: To do so, the steps proposed by Fernández- Ballesteros (1996) and Machado and White (s / f cited by Guevara, 2005) were followed. During the planning and design were estimated and delineated the components that made up the PIP. In the evaluation phase, the design of assessment and evaluation of the PIP was performed. In designing the evaluability assessment was determined and the data collection instruments were developed. During the evaluation, assessment of PIP was made in terms of validity by the judgment of 10 expert, as well as analysis of the data using the steps proposed by Shaughnessy, Zechmeister and Zechmeister (2007). According to the results, it was found that the PIP is valid in terms of relevance, appropriateness, feasibility and sufficiency conditions considered. This information allows for the potential effectiveness of PIP determining objectives, activities and compliance valid guidelines for proper design implementation avoiding fortuitous posteriori tactics that could interfere with its efficiency or effectiveness

Keywords: Program, Design, Evaluation, Validity, Infertility, TRA.

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD.....	5
2.1.1. Modelos de Salud.....	6
2.2. MEDICINA CONDUCTUAL.....	7
2.3. PSICOLOGÍA REPRODUCTIVA Y MEDICINA CONDUCTUAL...	8
2.4. FACTORES BIOLÓGICOS DE LA INFERTILIDAD.....	12
2.4.1. Definición de Infertilidad.....	12
2.4.2. Incidencia de la Infertilidad.....	14
2.4.3. Causas de la Infertilidad.....	15
2.4.5. Técnicas de Reproducción Asistida.....	18
2.5. FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA INFERTILIDAD.....	20
2.5.1. La Infertilidad: Una enfermedad Crónica.....	20
2.5.2. La Infertilidad: Una crisis Vital.....	22
2.5.3. Trayectoria del Proceso de la Infertilidad.....	23
2.5.4. Impacto Psicológico de la Infertilidad.....	25
2.5.5. Infertilidad y Estrés.....	34
2.6. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA INFERTILIDAD.....	37
2.7. PROGRAMAS.....	46
2.7.1. Definición de Programas.....	46
2.7.2. Pasos para la Elaboración de Programas.....	47
2.7.3. Elementos que conforman un Programa.....	49
2.8. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS.....	53
2.8.1. Objeto de Evaluación de Programas.....	54
2.8.2. Funciones de la Evaluación de Programas.....	55

2.8.3. Fases del Ciclo de Planificación e Intervención Social.....	55
2.8.4. Procedimiento de la Evaluación de Programas.....	58
2.8.5. Criterios de Evaluación de Programas.....	58
2.8.6. Tipos de Evaluación de Programas.....	59
2.8.7. Estrategias de Evaluación de Programas.....	65
2.8.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.....	67
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	69
IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	78
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	78
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	78
V. MARCO METODOLÓGICO.....	79
5.1. VARIABLES DE ESTUDIO.....	79
5.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	89
5.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	90
5.4. PARTICIPANTES.....	91
5.5. INSTRUMENTOS.....	92
5.6. PROCEDIMIENTO.....	94
5.6.1. Etapa I: Planificación del Programa.....	94
5.6.2. Etapa II: Diseño y Evaluación del Programa.....	96
5.6.3. Etapa III: Evaluación del Programa.....	102
VI. RESULTADOS.....	114
VII. DISCUSIÓN.....	144
VIII. CONCLUSIONES.....	174
IX. LIMITACIONES.....	177
X. RECOMENDACIONES.....	178
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	179
XII. ANEXOS.....	196

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1.	80
<i>Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a los criterios de evaluación.....</i>	
Tabla N° 2.	81
<i>Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la pertinencia, adecuación y factibilidad de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen.....</i>	
Tabla N°3.	82
<i>Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la pertinencia de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen.....</i>	
Tabla N°4.	83
<i>Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la adecuación de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.....</i>	
Tabla N°5.	84
<i>Porcentaje mínimo de acuerdo entre evaluadores esperado respecto a la factibilidad de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.....</i>	
Tabla N°6.	85
<i>Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la pertinencia, adecuación y factibilidad de las actividades descritas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen.....</i>	
Tabla N°7.	86
<i>Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la pertinencia de las actividades planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.....</i>	
Tabla N°8.	87
<i>Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la adecuación de las actividades planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.....</i>	
Tabla N°9.	87
<i>Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre expertos respecto a la suficiencia de las actividades planteadas en el PIP-AI y los subprogramas que lo conforman..</i>	
Tabla N°10.	89
<i>Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores esperado respecto a la suficiencia de los patrones de cumplimiento.....</i>	
Tabla N°11.	91
<i>Descripción de las Características de la Muestra de Evaluadores Empleados para la Evaluación del Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (API-AI).....</i>	
Tabla N°12.	116
<i>Pertinencia de los Objetivos del PIP-AI.....</i>	

Tabla N° 13.	
<i>Pertinencia de los Objetivos del Subprograma MI-ABI.....</i>	117
Tabla N° 14.	
<i>Pertinencia de los Objetivos del Subprograma MII-AD.....</i>	117
Tabla N° 15.	
<i>Pertinencia de los Objetivos del Subprograma MIII-AA.....</i>	118
Tabla N° 16.	
<i>Pertinencia de los Objetivos del Subprograma MIV-CA.....</i>	118
Tabla N° 17.	
<i>Adecuación de los Objetivos del PIP-AI.....</i>	119
Tabla N° 18.	
<i>Adecuación de los Objetivos del Subprograma MI-ABI.....</i>	120
Tabla N° 19.	
<i>Adecuación de los Objetivos del Subprograma MII-AD.....</i>	121
Tabla N° 20.	
<i>Adecuación de los Objetivos del Subprograma MIII-AA.....</i>	121
Tabla N° 21.	
<i>Adecuación de los Objetivos del Subprograma MIV-CA.....</i>	122
Tabla N° 22.	
<i>Factibilidad de los Objetivos del PIP-AI.....</i>	123
Tabla N° 23.	
<i>Factibilidad de los Objetivos del Subprograma MI-ABI.....</i>	123
Tabla N° 24.	
<i>Factibilidad de los Objetivos del Subprograma MII-AD.....</i>	124
Tabla N° 25.	
<i>Factibilidad de los Objetivos del Subprograma MIII-AA.....</i>	124
Tabla N° 26.	
<i>Factibilidad de los Objetivos del Subprograma MIV-CA.....</i>	125
Tabla N° 27.	
<i>Pertinencia de las Actividades del PIP-AI.....</i>	127
Tabla N° 28.	
<i>Pertinencia de las Actividades del MI-ABI.....</i>	127
Tabla N° 29.	
<i>Pertinencia de las Actividades del MII-AD.....</i>	127
Tabla N° 30.	
<i>Pertinencia de las Actividades del MIII-AA.....</i>	128
Tabla N° 31.	
<i>Pertinencia de las Actividades del MIV-CA.....</i>	128
Tabla N° 32.	
<i>Adecuación de las Actividades del PIP-AI.....</i>	129
Tabla N° 33.	
<i>Adecuación de las Actividades del MI-ABI.....</i>	130
Tabla N° 34.	
<i>Adecuación de las Actividades del MII-AD.....</i>	130

Tabla N° 35.	
<i>Adecuación de las Actividades del MIII-AA.....</i>	130
Tabla N° 36.	
<i>Adecuación de las Actividades del MIV-CA.....</i>	131
Tabla N° 37.	
<i>Suficiencia de las Actividades del PIP-AI.....</i>	132
Tabla N° 38.	
<i>Suficiencia de las Actividades del MI-ABI.....</i>	132
Tabla N° 39.	
<i>Suficiencia de las Actividades del MII-AD.....</i>	133
Tabla N° 40.	
<i>Suficiencia de las Actividades del MIII-AA.....</i>	133
Tabla N° 41.	
<i>Suficiencia de las Actividades del MIV-CA.....</i>	133
Tabla N° 42.	
<i>Suficiencia de las Pautas de Cumplimiento del PIP-AI.....</i>	135
Tabla N° 43.	
<i>Suficiencia de la Pauta de Cumplimiento del MI-ABI.....</i>	135
Tabla N° 44.	
<i>Suficiencia de las Pautas de Cumplimiento del MII-AD.....</i>	136
Tabla N° 45.	
<i>Suficiencia de las Pautas de Cumplimiento del MIII-AA.....</i>	136
Tabla N° 46.	
<i>Suficiencia de las Pautas de Cumplimiento del MIV-CA.....</i>	137
Tabla N° 47.	
<i>Observaciones, sugerencias y modificaciones realizadas en el PIP-AI.....</i>	139
Tabla N° 48.	
<i>Observaciones, sugerencias y modificaciones realizadas en el subprograma MI-ABI.....</i>	139
Tabla N° 49.	
<i>Observaciones, sugerencias y modificaciones realizadas en el subprograma MII-AD.....</i>	139
Tabla N° 50.	
<i>Observaciones, sugerencias y modificaciones realizadas en el subprograma MIII-AA.....</i>	141
Tabla N° 51.	
<i>Observaciones, sugerencias y modificaciones realizadas en el subprograma MIV-CA.....</i>	142

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	
<i>Programa PIP-AI</i>	196
Anexo 2	
<i>Subprograma Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI)</i>	217
Anexo 3	
<i>Subprograma Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD)</i>	222
Anexo 4	
<i>Subprograma Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA)</i>	233
Anexo 5	
<i>Subprograma Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA)</i>	250

I. INTRODUCCIÓN

La infertilidad es considerada un problema de salud reproductiva, generalmente asociada a algún factor biológico que disminuye las probabilidades de éxito de embarazo, en términos de que se produzca o se mantenga. De acuerdo con la American Society for Reproduction Medicine (2004), la infertilidad es una enfermedad que inhibe la reproducción, debido a una interrupción estructural y/o funcional de algún órgano o sistema, o combinación de las mismas, que se manifiesta en un conjunto de signos y síntomas, cuya etiología, patología y pronóstico pueden ser conocidas o desconocidas.

Si bien son múltiples los factores biológicos asociados, en la infertilidad se encuentran además asociados otros factores, tales como los psicológicos, sociales y/o ambientales en consideración al concepto de enfermedad (y salud) del modelo psicosocial como proceso multifactorial y multideterminado.

En congruencia a lo mencionado, diversos autores afirman la existencia de factores psicológicos asociados a la infertilidad (Abbey, Andrews, y Halman, 1995; Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Merari, Chetrit y Modan, 2003; Lukse y Vacc, 1999; Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Brucker y Mckenry, 2004; Leader, 1984; Rosenfeld y Nitchell, 1979). Entre ellos se encuentran altos niveles de estrés, lo cual aumenta la vulnerabilidad de presentar conductas de ansiedad y depresión (Oddens, Tonkelar, Niuwenhuyse, 1999), siendo las conductas más frecuentes en parejas con problemas de infertilidad bajo tratamiento de reproducción asistida (Ardenti, Campari, Agazzi, La Sala, 1999; Guerra, 2002).

Asimismo, se ha descrito la infertilidad, en primer lugar, como una crisis vital que genera un gran desgaste psicológico en la pareja dada su ciclicidad, la cual se caracteriza por la repetición de experimentar esperanza al inicio del ciclo y desesperanza cuando llega la menstruación o cuando se obtiene un resultado negativo en la prueba de embarazo. En segundo lugar, impacta el elevado costo económico del tratamiento, el sometimiento a procesos quirúrgicos con el dolor físico que conllevan, invasión a la privacidad sexual de la pareja, disminución en la satisfacción y ajuste marital (Forman, 1997; Kerr, Brown y Balen, 1999; Miranda, Larrazabal y Labán, 1995; Fernández, 1995,

1998; Menning, 1998 citado por Palacios y Jadresic, 2001; Newton, 1999; Odres, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1997; Remeter y Fiegl, 1998; Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004).

Respecto a la repercusión en el área sexual, se encuentran la pérdida del deseo sexual e incapacidad para alcanzar el orgasmo (Leader, 1984; Rosenfeld y Nitchell, 1979). Asimismo, la crisis de infertilidad altera la autoestima y la imagen corporal, conllevando a sentimientos de inferioridad, depresión y ansiedad, los cuales pueden repercutir negativamente en la sexualidad (Boivin et al., 2001). Además, la infertilidad puede causar problemas en la pareja, tanto en el ámbito afectivo como en la comunicación, e incluso en la afiliación (Leiblum, 1997 citado por Llavona y Mora, 2003).

Además, existen diversos estudios tal y como destacan Goldfarb, Austin, Lisbona, Loret de Mola, Peskin, y Stewart (1997 citado por Domar, 2004) que refieren la dificultad por parte de los pacientes de completar el tratamiento, encontrándose asociados en primer lugar al “factor financiero”, seguido por “estrés emocional”. Sin embargo, si bien el factor económico es importante, en países donde los costos de los tratamientos de reproducción asistida son cubiertos por el seguro, la tasa acumulativa de abandono después de tres ciclos de tratamientos fue del 62,4% (Land, Courtar y Evers, 1997).

Como puede apreciarse de las evidencias empíricas mencionadas, la infertilidad constituye una condición y/o un estado complejo, en donde los factores biológicos, psicosociales se afectan y determinan mutuamente. De ahí la importancia de combinar estrategias de intervención que puedan responder a ambas dimensiones.

En este sentido, varios estudios coinciden en aseverar la necesidad de la intervención psicológica en parejas con problemas de infertilidad dado la implicación de factores psicológicos asociados a la infertilidad (Matsubayashi, Osaka, Izumi, Suzuki, y Makino, 2001; Lee, Sun y Chao, 2000; Hammarberg et al., 2001; Hansell, y Thorn, 1998; Lukse et al., 1999; Yong, Martín y Thong, 2000; Salakos, Roupa, Sotiropoulou y Grigoriou, 2004; Chiba et al., 1997; Smeenk, Verhaak, Stolwijk, Kremer y Braat, 2004; Kee, Jung, Lee, 2000; Kains, 2001).

Por consiguiente, dada la importancia de factores psicológicos asociados a la infertilidad, diversos autores plantean la necesidad de integrar Programas de Intervención Psicológica a los Tratamientos de Reproducción Asistida (Chiba et al., 1997; Hansell et al., 1998; Lukse et al., 1999; Lee et al., 2000; Yong et al., 2000; Kee et al., 2000; Guerra, 2002; Matsubayashi et al., 2001; Hammarberg et al., 2001; Kains, 2001; Boivin, 2003; Salakos et al., 2004; Smeenk et al., 2004).

Algunos estudios realizados (Domar et al., 2000; Dolz y García, 2002) han encontrado que en los Centros de Medicina Reproductiva que incluyen Programas de Intervención Psicológica como parte integral del tratamiento de parejas con problemas de infertilidad, logran tasas de embarazos significativamente mayor y tasas de abandono al (TRA) menor en comparación a las parejas que reciben tratamiento médico rutinario.

A este respecto, Boivin (2003) en una revisión de los estudios realizados en el área, halló efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el bienestar de las personas asistentes a TRA, específicamente, reducción de conductas de ansiedad, tensión y preocupación, como resultado de recibir información, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y relajación. De hecho, algunos estudios indican que las intervenciones psicológicas pueden conducir a aumentar la tasa de embarazo (Domar, Seibel y Benson, 1990; Domar, Broobe y Zuttermeister, 1992).

Específicamente en Venezuela, existen algunos Centros de Salud que incluyen programas de intervención psicológica durante las TRA. No obstante, se desconoce la existencia de una sistematización de dichos programas en términos de diseño y evaluación de los mismos.

De allí la necesidad en la presente investigación de diseñar un programa de intervención psicológica (PIP) dirigido a las parejas que asisten a las TRA y que sea evaluado por expertos en el área, con la finalidad de obtener retroalimentación en cuanto a su pertinencia, adecuación, factibilidad y suficiencia para el afrontamiento de esta problemática. Dada la complejidad del fenómeno en estudio, en donde convergen múltiples factores, tal y como fue mencionado anteriormente, la elaboración y la evaluación de un programa de intervención psicológica dirigido a parejas que asisten a

TRA requiere de una investigación sistemática de los objetivos y acciones constituyentes con la finalidad de optimizarlo.

Dado que el diseño y la evaluación de programas implica una sistemática y rigurosa recolección de información propia del método científico, tal como lo menciona, Fernández-Ballesteros (1996), para cumplir con el objetivo de la presente investigación se llevará a cabo los lineamientos planteados por la bibliografía especializada en el área.

Esta información permitirá establecer la efectividad potencial del programa de intervención psicológica determinando objetivos, actividades y pautas de cumplimiento válidos para su adecuada implantación evitando así diseñar a posteriori tácticas fortuitas que pudieran interferir en su eficiencia o efectividad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

El concepto de salud ha cambiado en los últimos años, desde una concepción “negativa”, basada en la ausencia de enfermedad, hasta una dimensión más “positiva” en la que se incluyen diferentes dimensiones de bienestar, ajuste psicosocial y calidad de vida, de funcionamiento cotidiano, de protección hacia posibles riesgos de enfermedad, desarrollo personal, entre otras.

Un buen exponente de esta concepción de la salud es la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1978 citado por Godoy, 1999).

Sin embargo, esta definición ha sido cuestionada, por lo que las ciencias médicas y psicosociales, buscan proponer un nuevo concepto de salud que, además, de operativizable y medible resalte el importante papel que juegan los aspectos psicológicos en la salud y la enfermedad. Y ello, porque como indica Ribes (1990), la dimensión psicológica de la salud radica en que, en última instancia, la prevención, curación, rehabilitación o inicio de la enfermedad implican la participación del individuo actuando.

A este respecto Godoy (1999) propone una definición de la salud como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas y sanitarias) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida, momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales.

Según Godoy (1999), el concepto de salud y enfermedad propuesto implica algunos de los siguientes aspectos: son fenómenos multidimensionales (abarcando componentes comportamentales, socioambientales y biomédicos), la política que ha de seguir la salud debe incluir como prioridades de acción tanto la promoción de la salud

como la prevención (primaria, secundaria y terciaria) de la enfermedad, las principales acciones deben ir dirigidas a dos cuestiones fundamentales: a) El conocimiento por parte de los ciudadanos de que ellos son los máximos responsables de su propia salud y/o enfermedad y los principales agentes del incremento de la misma y del cambio terapéutico y, b) Al aumento de sus habilidades o competencias para conseguir ambos objetivos; y que la salud no debe ser entendida como un bien en sí mismo, sino como un medio para una mayor calidad de vida y para el incremento del bienestar y ajuste personal y social.

2.1.1. MODELOS DE SALUD

2.1.1.1. Modelo Biomédico

A lo largo del siglo XX, el modelo biomédico ha permitido a la medicina controlar muchas de las enfermedades que han asolado a la humanidad. La noción de que las enfermedades están causadas por un agente patógeno específico, estimuló el desarrollo de fármacos sintéticos y tecnología médica, que a su vez, potenció la creencia de que muchas enfermedades pueden curarse. Sin embargo, la creencia de que la enfermedad resulta rastreable hasta encontrar una agente específico coloca todo el énfasis en la enfermedad en lugar de hacerlo en la salud. Además, este modelo biomédico define la salud exclusivamente en términos de ausencia de enfermedad (Brannon y Feist, 2001).

2.1.1.2. Modelo Biopsicosocial

De acuerdo, a Brannon y Feist (2001), existe un modelo médico alternativo, el modelo biopsicosocial, el cual incorpora no sólo los factores biológicos, sino también los psicológicos y sociales.

De este modelo se puede deducir que, tanto la salud como la enfermedad son procesos multifactoriales y multideterminados, donde los aspectos conductuales, cognitivos, psicofisiológicos y psicológicos, tienen una gran importancia. Es decir, la salud depende de una relación de equilibrio entre tres factores: el organismo, la conducta y el ambiente (físico y social). Por lo tanto, las diversas formas de interacción de los individuos con su contexto (externo e interno) se traducen en comportamientos preventivos o de riesgo para su salud/enfermedad (Roales-Nieto, 2004).

2.2. MEDICINA CONDUCTUAL

De acuerdo a Godoy (1999) la Medicina Conductual es una subespecialidad de la Psicología de la Salud definida como un campo de integración de conocimientos procedentes de distintas disciplinas, de entre las cuales cabe destacar las biomédicas (anatomía, fisiología, epidemiología, endocrinología), por una parte, y las psicosociales (psicología del aprendizaje, terapia y modificación de conducta, etc.) por otra, relativas a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Por lo tanto, la característica fundamental es la interdisciplinariedad: conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionado con la salud y la enfermedad.

Haciendo énfasis en el comportamiento del sujeto, Godoy (1998) señala la contribución de tres conjuntos de variables comportamentales como son las conductas de riesgo, las estrategias de afrontamiento del estrés y las respuestas al tratamiento médico o grado de cumplimiento del mismo. En relación con las conductas de riesgo hay evidencia de que determinadas conductas son factores de riesgo para un importante número de enfermedades.

Por lo que a las variables externas o ambientales se refiere, las principales están asociadas con las características del ambiente físico (geográficas, climáticas, etc.) y con los aspectos sociodemográficos y psicosociales (sexo, raza, estatus socioeconómico, religión, relaciones familiares, interacciones sociales, acontecimientos vitales, etc.). Entre dichas variables, posiblemente las más importantes sean las relativas a los estímulos estresantes ambientales, el apoyo social y a los comportamientos de las personas significativas próximas al sujeto (Godoy, 1998).

Así el modelo es amplio, extendiéndose más allá de las variables biofísicas como único mecanismo en la generación de la enfermedad, e incorporando la importante contribución de los factores socioculturales, ambientales y comportamentales en la generación, precipitación, exacerbación y mantenimiento de la enfermedad; y no sólo en el tratamiento, sino también en la prevención, demostrada la importancia de los factores conductuales en la generación del problema, la intervención precoz sobre éstos

(facilitando estrategias de enfrentamiento al estrés, cambiando estilos de vida, eliminando las conductas de riesgo, etc.) (Godoy, 1998).

2.2.1. Ámbito de aplicación de la Medicina Conductual

La Medicina Conductual se define como un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de ese conocimiento y esas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Schwartz y Weiss, 1978 citados por Amigo, Fernández y Pérez, 2003).

Por lo que al tratamiento se refiere, la Medicina Conductual incorpora a los tratamientos médicos convencionales las estrategias cognitivo-conductuales comúnmente usadas en la terapia conductual, tales como, programas de entrenamiento en respiración y relajación, técnicas de reestructuración cognitiva, las técnicas de afrontamiento del estrés, el entrenamiento en habilidades sociales, la solución de problemas y las diferentes técnicas de autocontrol (Godoy, 1998).

2.3. PSICOLOGÍA REPRODUCTIVA Y MEDICINA CONDUCTUAL

La Psicología de la Reproducción es una nueva disciplina de la Psicología de la Salud, y por tanto, un nuevo campo interdisciplinar de actuación para el psicólogo. En este sentido, la Psicología de la Reproducción abarca la prevención y/o tratamientos de las alteraciones psicológicas relacionados con el ciclo reproductivo (Moreno-Rosset, 2008).

En este sentido, el autor afirma que la acción del psicólogo puede requerirse en cualquiera de las fases reproductivas del ser humano, no obstante, el núcleo más reciente de estudio y desarrollo científico en Medicina Reproductiva, es el asociado con los problemas de infertilidad.

La infertilidad, como explica Llavona (2008), representa un impacto estresante en la pareja, una crisis vital y la confrontación con una toma de decisión compleja. El proceso emocional que conllevan la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida, es tan importante que resulta imprescindible que el psicólogo forme parte del equipo multidisciplinar.

En este sentido, existen distintos grupos de profesionales en la Psicología orientados a incrementar el conocimiento y comprensión de los aspectos psicológicos de la salud reproductiva. Entre ellos se encuentran el Grupo de Interés de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) los cuales están implicados en la educación del público en general y de la comunidad profesional, así como también en la investigación que ayuda a responder los interrogantes que esta nueva tecnología reproductiva presenta (Tirado, Giménez, Guerra, 2007). En línea con la Medicina Conductual, este grupo pretende efectuar protocolos y/o guías que ayuden a los Centros de Reproducción Asistida a ofrecer una buena atención centrada en el paciente, así como a establecer lineamientos respecto a la intervención mínima psicológica que se le debe proporcionar al paciente con problemas de infertilidad (Tirado et al., 2007).

Estas guías se han elaborado basándose en la experiencia clínica y terapéutica de los distintos profesionales que componen el grupo. En ellas se recomienda atender las necesidades psicológicas y sociales de los pacientes además de los procedimientos médicos necesarios con la finalidad de que la pareja cuente con una persona en el equipo experta en psicología reproductiva a la cual puede recurrir a ella desde el inicio de los tratamientos (Tirado et al., 2007).

En este sentido Tirado et al. (2007), plantean que entre las áreas de trabajo de una Unidad de Psicología en los Centros de Reproducción se encuentran:

1. “Screening” o Evaluación Psicológica de Parejas en la Primera Visita. Numerosos estudios subrayan la importancia de considerar los factores psicológicos y la aplicación de intervenciones psicológicas antes de los tratamientos médicos, lo que pudiera ser de utilidad para reducir el malestar y el deterioro psicológico de los pacientes.

2. Valoración Psicológica a Donantes de Gametos y Embriones. Los Centros de Reproducción deben realizar una valoración psicológica a los donantes de gametos y embriones ya que su estado psicofísico debe cumplir con las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio incluya sus características fenotípicas y psicológicas.

3. Apoyo Psicológico a Pacientes de Riesgo. Dentro del conjunto de pacientes que acuden a los Centros de Reproducción Asistida, existen ciertos grupos que deben

recibir una atención especial por parte de la Unidad de Psicología. A estos grupos de pacientes se ha convenido llamarlos “pacientes de riesgo” y con ello se hace referencia a:

- a* Pacientes que utilizan gametos o embriones donados y/o que se plantean la subrogación.
- b* Pacientes que experimentan mucho estrés y que serán detectados con el screening psicológico.
- c* Pacientes que se consideran “en riesgo” por sus antecedentes psicológicos o su perfil actual (antecedentes de consumo de sustancias tóxicas, antecedentes psiquiátricos, trastornos cognitivos, discordia no resoluble en la pareja, entre otros).
- d* Pacientes que requieren consejo genético como parte de su tratamiento de fertilidad.
- e* Abortos repetidos. Igualmente, consideramos necesario procurar que los pacientes acudan a consulta de apoyo psicológico después de una pérdida de embarazo. En los casos en que se producen abortos repetidos esta necesidad es aún mayor.
- f* Fracasos sucesivos de los tratamientos.
- g* Finalización de los tratamientos. Finalizar un tratamiento puede ser muy estresante para la mayoría de pacientes, pero especialmente puede ser así para aquellos individuos con una historia de depresión o aquellos cuyo objetivo principal en la vida adulta sea ser padres.
- h* Planteamientos de reducción embrionaria. Dado que este planteamiento puede suponer para algunas parejas un cuestionamiento importante y una decisión difícil de tomar, se procurará que todos los pacientes que se vean en esta situación mantengan al menos una consulta con la Unidad de Psicología.
- i* Mujeres solas. En los últimos años, el número de mujeres solas que recurren a las TRA se ha incrementado. Las mujeres que se deciden por realizar este tipo de tratamientos suelen llevar tiempo pensando en esta posibilidad y, generalmente vienen seguras de su decisión. Sin embargo, en nuestra práctica diaria, hemos comprobado que, teniendo en cuenta lo novedoso que todavía hoy resulta esta forma de maternidad en nuestra sociedad y dado que el tratamiento de TRA en sí mismo

con frecuencia ocasiona cierto estrés, a menudo las mujeres en esta situación refieren cierta inquietud e incluso llegan a dudar si la decisión que han tomado es la correcta una vez que inician el tratamiento. Es por este motivo por el que se estima oportuna una consulta psicológica previa al tratamiento para toda mujer sola que acude a los centros de reproducción, pensando en el óptimo bienestar, tanto como en el de la futura familia.

- j* Parejas homosexuales. Dado lo novedoso y la poca aceptación a nivel social de este tipo de parejas, se cree igualmente conveniente establecer algún tipo de contacto con ellas.

4. Sesiones de Apoyo Psicológico con todas aquellas parejas o pacientes que lo soliciten en cualquier momento de su tratamiento: En estas sesiones, se explora la vivencia que cada uno tiene de la situación, se atiende a la dinámica de relación de la pareja, la sexualidad, el apoyo social y las habilidades personales para afrontar los efectos psicológicos y emocionales ocasionados por el proceso de tratamiento.

5. Contacto con los pacientes en los días de la punción y/o transferencia y realización de algún tipo de seguimiento en los días de espera.

6. Derivación al psiquiatra en caso de que se considere oportuno.

7. Organización de grupos de pacientes las cuales consisten en charlas informativas o grupos terapéuticos.

8. Seguimiento del embarazo y apoyo psicológico en postparto de toda pareja que lo solicita

En paralelo a todas estas funciones, una Unidad de Psicología puede llevar a cabo todo un programa de asesoramiento y docencia tanto a los profesionales de la clínica como al resto de profesionales de la salud y a la comunidad en general, con la finalidad de conseguir una mejora en la calidad asistencial. Algunos ejemplos de las intervenciones que pueden llegar a realizarse desde este programa en la docencia a profesionales en la clínica son: mejora de habilidades de comunicación con los pacientes, intervención en crisis, comunicación de malas noticias, formación en psicología de la infertilidad y en definitiva a la implementación de un sistema de calidad

asistencial, enfocado a la mejora día a día, con una orientación más comprensiva, más globalizadora, como una disciplina más cualitativa e integradora (Tirado et al., 2007).

Los Ginecólogos y Obstetras en su trabajo clínico diario, observan cómo los pacientes a los que tratan sufren intensos cambios emocionales. Con frecuencia, debido a la falta de tiempo del que disponen y a la ausencia de una formación especializada en Psicología, estos cambios y dificultades les resultan difíciles de manejar (Tirado et al., 2007).

De acuerdo a las autoras, contar con Unidades de Apoyo Psicológico, a las que derivar a estos pacientes supone para los propios médicos una gran ayuda. Del mismo modo, el Psicólogo de la Unidad de Reproducción Asistida, formando parte de ese equipo multidisciplinar, tiene ante sí un sinnúmero de oportunidades para ofrecer asistencia práctica a todos los miembros del equipo de reproducción y desarrollar toda una línea de investigación en Psicología de la Reproducción Humana Asistida.

2.4. FACTORES BIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA INFERTILIDAD

2.4.1. DEFINICIÓN DE INFERTILIDAD

El primer problema con el que se encuentra el que quiere aproximarse al estudio de la infertilidad es precisamente la variación existente en su definición. Así, si bien se acepta de forma unánime que la infertilidad se refiere a una disminución de la capacidad para obtener descendencia, se encuentran diferencias en torno al tiempo que ha de transcurrir para tener descendencia, se encuentran diferencias en torno al tiempo que ha de transcurrir para que se constate la efectiva disminución de esta capacidad (relacionada con la fecundación o con la gestación), o a la consideración de esta disminución como enfermedad.

El Departamento de Evaluación Tecnológica del Congreso de los Estados Unidos, en su informe de 1988 sobre la infertilidad, hace referencia a esta situación al exponer: “La definición médica estándar de infertilidad es la incapacidad después de 12 meses de relaciones sexuales sin contracepción” (Llavona y Mora, 2003 p. 289). Hay diversas variaciones sobre esta definición, tales como:

- La incapacidad de una mujer para concebir luego de doce (12) meses de relaciones sin uso de anticonceptivos (American Fertility Society, 1986) o la incapacidad para

llevar a término un embarazo con un nacido vivo (Shapiro, 1987 citado por Llavona et al., 2003).

- La incapacidad de una mujer para lograr un primer embarazo luego de mantener una actividad sexual sin usar métodos anticonceptivos durante un período de dos (2) años o más (Rachootin y Olsen, 1981 citados por Llavona et al., 2003).

Además, la Sociedad Española de Fertilidad, en su publicación esterilidad: guía para pacientes (Caballero y Nuñez, 1999) afirma que existe una confusión respecto a los términos “esterilidad” e “infertilidad”. Plantean que las definiciones admitidas actualmente son:

- Esterilidad Primaria: Cuando la pareja tras un año y medio de relaciones sin control anticonceptivo, no ha logrado un embarazo.
- Esterilidad Secundaria: La de una pareja que tras la consecución del primer hijo no logra una nueva gestación en los dos a tres años siguientes de coitos sin protección.
- Infertilidad Primaria: Se ha denominado a la de una pareja que consigue una gestación pero no llega a término con un recién nacido normal.
- Infertilidad Secundaria: Tras un embarazo y partos normales, no se consigue una nueva gestación a término con recién nacido normal.

A su vez, Rowe y Vayena (2003), miembros de la Organización Mundial de la Salud, afirman que la infertilidad es definida de forma diferente dependiendo de quién use el término y por qué. Agregan que la definición clínica usual es la incapacidad de concebir dentro de un período de doce (12) meses de relaciones no protegidas y no tiene usualmente en cuenta el malogro del embarazo, esto es, los abortos repetidos y nacimientos muertos.

Un experto en infertilidad, que trata con pacientes de forma individual los cuales desean un hijo desesperadamente, usualmente extenderá la definición para incluir nacimientos vivos. Un epidemiólogo, que examina la infertilidad en una población, fija el punto de corte para la concepción luego de veinticuatro (24) meses. Los demógrafos, que tratan con tendencias más amplias de la infertilidad a lo largo de lapsos de tiempo

más largos, definen la infertilidad como cinco años de exposición sin un nacimiento vivo (Rowe et al., 2003).

Respecto a la distinción entre infertilidad y esterilidad Rowe y col. (2003), señalan que el término infertilidad se refiere a la capacidad disminuida para producir descendencia. Esterilidad se refiere a la incapacidad completa de producir descendencia, y es un término retrospectivo usado cuando un hombre o mujer han dejado atrás toda esperanza de tener un hijo.

A raíz de estas consideraciones, y desde un abordaje psicológico de este campo, se asume como definición de infertilidad la siguiente:

“La incapacidad de lograr concepción después de un año de relaciones regulares no protegidas. En contraste con la esterilidad, que es una condición absoluta de incapacidad total para reproducir, la infertilidad es una condición relativa en la que hay una reducción involuntaria en la capacidad para reproducir. La definición está además subdividida en dos categorías: infertilidad primaria, en la que la pareja no ha logrado nunca un embarazo; e infertilidad secundaria, en la que el fracaso en la concepción ha ocurrido luego de un embarazo previo” (Daya, 1998 p. 4)

En relación con la consideración de la infertilidad como una enfermedad, la American Society for Reproduction Medicine, ASRM, (2004), afirma que la Infertilidad es una enfermedad, entendiéndose ésta como cualquier desviación o interrupción de la estructura normal o funcionamiento de alguna parte, órgano o sistema, o combinación de las mismas, del cuerpo que se manifiesta en un conjunto de síntomas o signos, cuya etiología, patología y prognosis pueden ser conocidas o desconocidas. La duración del fracaso para concebir puede ser entre doce (12) meses o más, antes de una intervención, a menos que la historia médica y hallazgos físicos dictaminen una evaluación y tratamiento antes del tiempo mencionado.

2.4.2. INCIDENCIA DE LA INFERTILIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud (2006), se estima que entre el 8% y el 10% de las parejas tienen problemas de infertilidad. Lo que se traduce a un total de 50 u 80 millones de personas en el mundo, aunque la problemática varía por regiones. En

general, la infertilidad suele ser un problema femenino en el 40% de los casos, masculino en el 40% de los casos, y comunes a ambos miembros de la pareja en el 20% de los casos. Las causas se desconocen en el 5 a 10% del total de casos, aún después de rigurosos estudios (Llavona y Mora, 2003).

2.4.3. CAUSAS DE LA INFERTILIDAD

2.4.3.1. Causas de Infertilidad Femenina

De acuerdo a Pérez (2003) las causas de infertilidad femenina son:

- *Edad.* La fertilidad es máxima en la mujer entre los 24 y 26 años de edad, declina en forma gradual después de los 30 años de edad, con caída más acentuada alrededor de los 35.
- *Factor Neuroendocrino.* Entre las causas de infertilidad por el factor neuroendocrino se encuentran la amenorrea y el síndrome de ovarios poliquísticos.
- *Trastornos Psiconeuroendocrinos.* Entre los trastornos psiconeuroendocrinos se encuentran la anovulación asociada al estrés, a la pérdida de peso, al ejercicio y al consumo de drogas, así como a la pseudociesis o embarazo imaginario.
- *Factor Ovárico.* Los ovarios son causa de infertilidad cuando se altera la foliculogénesis, ovulación o función del cuerpo lúteo, así como la producción de hormonas. Entre estas alteraciones se encuentran la insuficiencia ovárica y la fase lútea inadecuada o entidad en que la progesterona resulta insuficiente para permitir la implantación y posterior crecimiento del huevo fecundado.
- *Factor Tuboperitoneal.* Las alteraciones en el factor tuboperitoneal son procesos que causan obstrucción o trastorno de la motilidad tubárica, estas pueden ser congénitas o adquiridas. Entre las adquiridas se encuentran las infecciosas, las adherenciales y las tumorales.
- *Endometriosis.* La endometriosis es la presencia de tejido endometrial, glándulas, estroma o ambos, fuera de la cavidad endometrial. Afecta a diferentes órganos de la reproducción y condiciona la infertilidad, la pérdida gestacional recurrente (PGR) y las fallas frecuentes de tratamientos médicos y quirúrgicos convencionales, por lo que representa una indicación frecuente para Reproducción Asistida.

- *Factor Cervical.* Entre las causas de infertilidad asociadas al factor cervical se encuentran las anatómicas (agenesia, hipoplasia, estenosis y procesos obstructivos entre otros), las infecciosas (endocervitis, entre otras), las hormonales (modifican el moco cervical dificultando la penetración y supervivencia espermática) y las inmunológicas (generan alteraciones en la motilidad espermática).
- *Factor Uterino.* Entre las causas de infertilidad asociadas al factor uterino se encuentran las alteraciones anatómicas congénitas del útero y las alteraciones endometriales (inflamación del endometrio).
- *Alteraciones Tróficas.* Entre las alteraciones tróficas asociadas a la infertilidad se hallan la atrofia (déficit en la producción hormonal), la hiperplasia o hipertrofia por acción estrogénica sostenida, las adherencias intrauterinas y los tumores benignos (fibromas o miomas).
- *Factor Inmunológico.* Entre las problemas inmunitarios asociados a la infertilidad se encuentran los anticuerpos antiespermatozoides y antiováricos. Los efectos anticuerpos antiespermatozoides en el tracto genital femenino son de aglutinación o de inmovilización. Además de los anticuerpos antiespermatozoides, se identifican anticuerpos antizona pelúcida, anticélulas endometriales, implicados en aborto recurrente y anticélulas esteroideas, que se encuentran en caso de insuficiencia ovárica prematura.
- *Embarazo Ectópico.* Se presenta cuando el óvulo fecundado se implanta en tejidos fuera del útero, en donde la placenta y el feto comienzan su desarrollo. El lugar más frecuente es en las trompas de Falopio, sin embargo, los embarazos ectópicos también pueden presentarse (en raras ocasiones) en los ovarios, en el abdomen y en la parte inferior del útero.
- *Pérdida Gestacional Recurrente (PGR).* La Pérdida Gestacional recurrente (PGR) es el aborto de dos o más embarazos consecutivos o más de dos que no sean consecutivos. Se denomina primario a aquel que se presenta en mujeres que no han logrado hijos viables y, secundarios al que ocurre después de obtener al menos uno de ellos. Del 2 al 5% de las parejas tiene dos abortos consecutivos, alrededor del 1% tres abortos consecutivos y sólo el 0,6% de las mismas cuatro abortos consecutivos.

2.4.3.2. Causas de Infertilidad Masculina

De acuerdo a la Asociación Española de Fertilidad (2003) las causas de infertilidad masculina son:

- **La Azoospermia.** Es la ausencia de espermatozoides en el semen o la incapacidad de producirlos por fallo testicular primario, obstrucción, vasectomía o ausencia de células germinales.
- **La Oligoespermia.** Se presenta cuando el semen contiene un número reducido de espermatozoides. Entre las causas más frecuentes están los problemas hormonales, la obstrucción, efectos colaterales de algunos tratamientos farmacológicos, factores ambientales (consumo excesivo de alcohol, exposiciones frecuentes a saunas o baños excesivamente calientes, etc.) e infecciones.
- **Anomalías de los Espermatozoides.** Se presenta cuando los espermatozoides tienen malformaciones o la duración de su vida luego de la eyaculación es muy breve impidiendo su viaje hacia el óvulo. Pueden ser debidos a un bloqueo o un daño de los conductos espermáticos, habitualmente debidos a una enfermedad de transmisión sexual como la gonorrea. Asimismo, el varicocele y el desarrollo anormal de los testículos por un trastorno endocrino, tales como un hipogonadismo, puede originar espermatozoides defectuosos.
- **Causas Anatómicas.** Entre las causas anatómicas más frecuentes se encuentra: la eyaculación retrógrada, el varicocele, cáncer testicular y testículo no descendido, entre otros.
- **Disfunción Eréctil.** La disfunción eréctil o impotencia es la incapacidad para lograr o mantener una erección el tiempo necesario para tener un coito con orgasmo. Su incidencia es difícil de determinar, pero aumenta con la edad y con factores psicológicos y orgánicos.
- **Problemas Inmunológicos.** Entre las alteraciones inmunológicas se encuentran los antiespermatozoides en el hombre. A medida que la concentración sérica de anticuerpos aumenta, la fertilidad disminuye y aumenta la concentración de anticuerpos en semen.
- **Alteraciones Endocrinas.** Las alteraciones hipotalámicas e hipofisarias son los trastornos endocrinos que con mayor frecuencia causan alteraciones en la función

testicular. Ocasionalmente ocasionan hipogonadismo, es decir, alteración en la función espermatogénica, esteroidogénica, o en ambas.

- *Infertilidad Inexplicada o Ideopática.* Se refiere a los casos en los que no se logra encontrar una causa aparente de infertilidad. En estos casos, la calidad del semen cumple con los criterios de normalidad y no se hallan defectos en el aparato reproductor.
- *La Edad.* La edad afecta el potencial reproductivo del hombre. Las principales causas de esto son la calidad del eyaculado y la frecuencia del coito.

2.4.4. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (TRA)

La reproducción asistida es el empleo de tecnología avanzada (TRA) que incluye la manipulación de embriones y/o gametos y complementa al contacto sexual para que se dé la fertilización (Pérez, 2003). Según Gardner, Weisman, Howles y Shoham. (2004), las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) son:

- *Ciclos de Estimulación Ovárica Controlada (Relaciones Dirigidas).* Se basa en la estimulación farmacológica de los ovarios con la finalidad de producir un pequeño número de óvulos y permitir la fertilización mediante el coito normal (Gardner et al., 2004).
- *Inseminación Artificial por Perfusión Tubárica.* Se realiza a través de la estimulación de los ovarios con la finalidad de obtener dos a cuatro óvulos. La muestra de semen es preparada seleccionando los espermatozoides de mejor movilidad y morfología y en el momento de la ovulación la muestra se introduce en la cavidad uterina de la mujer (Gardner et al., 2004).
- *Inseminación Artificial por Punción Folicular.* Consiste en una ruptura folicular provocada artificialmente por punción, inyectando intrafolicular o intraperitonealmente, la muestra de semen preparada (Gardner et al., 2004).
- *Fecundación In Vitro (FIV).* Consiste en la aspiración transvaginal de oocitos para inseminarse con espermatozoides previamente preparados, proporcionar condiciones óptimas para la fertilización en el laboratorio, evaluar la división celular de los embriones y transferirlos en el momento oportuno por vía transcervical a la cavidad uterina (Pérez, 2003).

- *Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoide en el Óvulo (ICSI)*. Es una fecundación in vitro altamente especializada que consiste en la microinyección de un espermatozoide en cada óvulo con la ayuda de un micromanipulador (Gardner et al., 2004).
- *Transferencia de Blastocistos*. Consiste en la transferencia de embriones obtenidos mediante la técnica in vitro el día 5 ó 6, momento en que el útero se encuentra con mayor receptividad, aproximando de esta forma a lo que ocurre en condiciones naturales (Gardner et al., 2004).
- *Transferencia Intratubárica de Gametos (GIFT)*. Esta técnica se diferencia del FIV en que los óvulos recolectados del ovario y la fracción más motil de los espermatozoides procesados son colocados dentro de un catéter inmediatamente después de su recolección y son transferidos dentro de las trompas de Falopio bajo visión directa a través del laparoscopia o del histeroscopia (Gardner et al., 2004).
- *Ruptura Asistida de la Zona Pelúcida (Assisted Hatching)*. Consiste en la ruptura artificial en forma parcial de la cubierta del embrión (zona pelúcida), lo que facilita la salida del embrión de su zona pelúcida y que puede mejorar la oportunidad de implantación en el útero en algunos casos de fracasos previos de FIV (Gardner et al., 2004).
- *Donación de Óvulos*. Ocurre cuando la mujer no puede producir óvulos debido a la pérdida de la función ovárica o cuando éstas padecen enfermedades genéticas que pueden transmitir a sus hijos (Gardner et al., 2004). De esta forma, los óvulos donados se obtienen luego de estimulación ovárica controlada y aspiración transvaginal, se fertilizan in Vitro con espermatozoides de la pareja de la receptora y después se transfieren a ésta por vía transcervical (Pérez, 2003). Se requiere que donadora y receptora estén completamente informadas de lo que la donación de óvulos implica, se sometan a una evaluación médica y psicológica y firmen las formas de consentimiento correspondientes (Pérez, 2003).
- *Inseminación o FIV con Semen Donante*. Ocurre en aquellos casos en donde el factor masculino no ha podido ser tratado con éxitos o en aquellas parejas que no obtuvieron resultados mediante ICSI. También está indicado el uso de semen de donantes cuando existen parejas con enfermedades que pueden ser transmitidas

genéticamente por parte del hombre. El semen de donante está disponible en un reconocido Banco de Semen Internacional acreditado (Gardner et al., 2004).

2.5. FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA INFERTILIDAD

2.5.1. LA INFERTILIDAD: UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

La Organización Mundial de la Salud incluye la infertilidad dentro de las enfermedades crónicas. No obstante, la infertilidad posee características particulares que la diferencian de las otras enfermedades crónicas, tales como, no afecta la funcionalidad de ningún órgano vital y, por tanto, no impone limitaciones físicas a quienes la padecen, no hay sintomatología ni dolor asociado a la misma, no existe una amenaza real a la propia vida y las parejas pueden elegir libremente someterse o no a tratamiento ya que su evolución no supone peligro alguno para la supervivencia (Antequera et al., 2008).

No obstante, la realidad clínica demuestra que a pesar de esto, las parejas con problemas de infertilidad, presentan reacciones psicológicas ante su enfermedad que han sido incluso equiparadas a las que presentan pacientes con patologías como la oncológica (Domar, Zuttermeister y Friedman, 1993).

Es importante destacar que las personas con problemas de infertilidad no son un grupo homogéneo, ya que no todas reaccionan de igual forma ante la infertilidad. Ante esto, distintos autores proponen la existencia de variables personales y médicas que inciden en el impacto de la infertilidad. En este sentido, Antequera et al., (2008), señalan las siguientes variables:

a. Variables Sociodemográficas

Género. Las mujeres presentan mayores dificultades para aceptar la idea de que una pareja sin hijos constituye una familia y presentan más ideas obsesivas sobre la gestación y la concepción de un hijo, con una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

Edad. En el área de la reproducción asistida el transcurso del tiempo se convierte en un potente estresor, ya que las parejas son conscientes de que en la medida que aumenta la edad disminuye la fertilidad biológica y, por consiguiente, el devenir del tiempo se traduce en incremento de la edad aumentando los niveles de estrés,

especialmente en las mujeres (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008 citados por Antequera et al., 2008).

Presencia de otros hijos. El tener otros hijos se convierte en un amortiguador de las reacciones emocionales consecuentes al diagnóstico/tratamiento de la infertilidad. Esto no significa que las parejas con hijos con dificultades para conseguir una nueva gestación, no experimenten también reacciones negativas, simplemente las evidencias empíricas demuestran que la mayoría de ellos presentan menor intensidad en las reacciones negativas en comparación a las parejas con problemas de infertilidad sin hijos.

b. Presencia de Múltiples Abortos

Las mujeres que han experimentado dos o más abortos repetidos constituyen una población con características propias y diferenciales. En este sentido, los embarazos sucesivos que no llegan a fin y que pueden malograrse tanto en los primeros meses del embarazo como incluso a los 6 o 7 meses, genera mayor impacto emocional que la no consecución del mismo. Es importante destacar, que para la pareja, especialmente para la mujer, el cigoto que empieza a dividirse es sentido, conceptualizado y vivenciado como su hijo y, por ello, cualquier aborto que se produce es una pérdida de “quien pudo llegar a ser”. Pero también, es indudable que la esperanza y la ilusión se van incrementando conforme transcurren los meses de gestación y, por tanto, la pérdida y las reacciones consecuentes a la misma son mayores.

c. Características de la Infertilidad y del Tratamiento

Causa de la Infertilidad. La causa de la infertilidad modula el impacto emocional que experimentan las parejas en el momento del diagnóstico, con importantes diferencias en función del género: Los hombres muestran mayor afectación cuando el diagnóstico que se establece es de causa masculina mientras que las reacciones femeninas no dependen tanto de la etiología de la enfermedad (Dhillon, Cumming y Cumming, 2000; Nachtigall, Becker y Wozny, 1992). No obstante, el diagnóstico de infertilidad idiopática, con sus elevadas tasas de incertidumbre, genera un impacto cualitativamente diferente a los restantes.

Tiempo de Tratamiento. El tiempo que lleva la pareja implicada en el proceso de tratamiento se relaciona con los niveles de frustración y tensión (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008) así como con la modificación de los recursos adaptativos. Lógicamente cuanto mayor es el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, más probable es que la pareja haya comenzado o experimentado ya la aplicación de varios ciclos de tratamientos, cada uno de los cuales representa un nuevo estresor, en que la pareja vivencia la esperanza de conseguir su deseo y las emociones negativas por no lograrlo. En función de ello, van modificando sus expectativas y sus recursos de afrontamiento.

Número de Tratamientos Recibidos. Las reacciones y el estado emocional de las parejas con problemas de infertilidad no son estáticas sino que van evolucionando y modificándose conforme se van sucediendo los ciclos de tratamiento. De tal forma, que no tiene la misma cualidad el estado emocional que acompaña a la realización de las pruebas diagnósticas, que el que sigue al momento de recibir el diagnóstico. De igual forma, el estado emocional al comenzar los tratamientos es distinto al que se produce cuando éstos no tienen éxito, o cuando hay que volver a iniciarlos.

2.5.2. LA INFERTILIDAD: UNA CRISIS VITAL

El diagnóstico de un problema de infertilidad suele suponer una crisis vital para las parejas que lo padecen. Una crisis vital aparece cuando en la vida de la persona se produce “una alteración del equilibrio emocional por el fracaso en la aproximación tradicional en la resolución de los problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, ansiedad y confusión” (Lillibridge y Klukken, 1978 citados por Moreno y Guerra, 2007).

Cuando alguien quiere tener un hijo y no lo logra por el procedimiento natural, puede reaccionar con sorpresa y frustración. La sorpresa proviene de estar ante una situación inesperada, puesto que existe en los humanos la creencia arraigada de que “la procreación es un proceso voluntario”, que cualquier persona puede alcanzar con la sola condición de realizar frecuentes interacciones coitales. La constatación del fracaso en tener un hijo no sólo ha de generar 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 (Llavona, 2008).

Esta frustración por la alteración del plan de vida habrá de ser más importante en dos tipos opuestos de plan de vida: el que tenía programado la paternidad en edad joven (tener hijos cuando se tiene vitalidad, para dedicarles los mejores años de uno mismo), y el que programaba la paternidad como culminación de un desarrollo personal (tener hijos cuando se alcanza una madurez personal y profesional). En ambos casos, el factor tiempo será una variable que pondrá en serio riesgo el logro del objetivo del plan de vida (Llavona, 2008).

Por todos estos elementos, parece natural que quienes se ven sorprendidos por la situación de infertilidad se encuentren confundidos y experimenten, al menos, una sensación de desconcierto, puesto que han de asimilar todo lo que les está ocurriendo y posicionarse ante las nuevas y distintas condiciones de su situación. Este proceso obliga a un replanteamiento del plan de vida y a una toma de decisiones importantes sobre el mismo (Llavona, 2008).

2.5.3. TRAYECTORIA DEL PROCESO DE LA INFERTILIDAD

Cuando una pareja se encuentra ante el fracaso reiterado en su intento de tener un hijo, deben tomar una decisión que determinará el futuro: solicitar asistencia médica, optar por la adopción o asumir la alternativa de una vida sin hijos. Por lo general, las parejas eligen como primera opción la solicitud de asistencia médica.

Cuando las parejas eligen esta alternativa suelen ir con expectativas mayores a las esperadas según las probabilidades de éxito de las técnicas de reproducción asistida (Slade, Emery y Lieberman, 1997). No obstante, con esta iniciativa no ponen fin a su problema de forma inmediata, sino que comienza un espiral de diagnósticos e intervenciones médicas que pueden tener una duración entre 2 a 7 años, y que de antemano no les garantiza la obtención de su objetivo, considerando que en el mejor de los casos la probabilidad de conseguir tener un hijo vivo no será mayor del 50 % (Llavona y Mora, 2003).

Para exponer el camino que recorre estas parejas se seguirá lo planteado por Moreno (2000 citado por Llavona y Mora, 2003) quien lo sintetiza de la siguiente forma:

En primer lugar, se establece el *diagnóstico*. Cada uno de los miembros de la pareja se somete a las distintas pruebas y/o procedimientos necesarios. Si el diagnóstico confirma la infertilidad, el médico les informa sobre las técnicas de reproducción asistida más adecuadas para el problema en particular.

En segundo lugar, la pareja deberá *tomar una decisión* respecto a las alternativas propuestas. En tercer lugar, si la pareja ha tomado la decisión de iniciar el tratamiento, se procede a la *aplicación de la técnica*. Independientemente de las técnicas que se aplique los tratamientos de infertilidad siguen las mismas fases (Moreno, 2000 citado por Llavona y Mora, 2003):

- a Al comenzar el ciclo menstrual de la mujer, se le da un *tratamiento farmacológico* con la finalidad de estimularlos ovarios y producir mayor cantidad de ovocitos en el ciclo, aumentando así la probabilidad de fecundación. Durante este período (de 10 a 13 días) la mujer debe acudir al centro de reproducción asistida para el monitoreo y control del desarrollo de los óvulos.
- b Transcurrido este tiempo, al estar los óvulos en condiciones óptimas, se pasa a la *aplicación del procedimiento de reproducción asistida* que proceda.
- c En los 16 días siguientes aproximadamente se estará en una fase de *espera del resultado*.
- d Posteriormente, se llevará a cabo una prueba de embarazo con la finalidad de conocer el *resultado*.
- e Cuando el resultado es negativo se procede a establecer un *período de descanso* del organismo antes de intentar un nuevo ciclo del mismo tratamiento o proseguir con otro alternativo.
- f Cuando un tratamiento no ha dado resultado, y tras el período de descanso, la pareja debe *tomar la decisión de parar o continuar* los tratamientos de reproducción asistida.

La dificultad para concebir un hijo puede resultar una de las experiencias más difíciles de abordar tanto para la persona como para la pareja. Enfrentarse a un

diagnóstico y a un tratamiento produce una sensación de incertidumbre y de falta de control que a menudo activan respuestas psicológicas diversas, las que dependerán en gran medida de los recursos psicológicos personales, la relación de pareja, la comunicación de ésta y con el personal médico, de la historia de la persona y de eventos situacionales que puedan agregar componentes estresantes a la situación en sí (Guerra, 2002).

2.5.4. IMPACTO PSICOLÓGICO EN LAS PAREJAS CON PROBLEMAS DE INFERTILIDAD. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

2.5.4.1. Alteraciones emocionales/conductuales ante el diagnóstico

Las conductas más comunes de las parejas cuando reciben el diagnóstico de infertilidad son:

- a Sorpresa:* Para muchas parejas la infertilidad es difícil de aceptar, por lo que pueden responder con sentimientos de incredulidad (Guerra, 2002).
- b Evitar afrontar el problema:* Algunas parejas niegan la realidad del problema de infertilidad. La pareja elude la realidad y no acepta el diagnóstico, no logra ajustarse a la situación y con frecuencia decide cambiar de médico con la esperanza de obtener un diagnóstico más grato. Inicialmente este comportamiento les permite adaptarse a la realidad que les puede resultar intolerable, sin embargo, si este comportamiento se prolonga excesivamente puede ser perjudicial, ya que les impide aceptar la realidad y buscar la ayuda profesional necesaria (Pérez, 2003).
- c Enojo:* Una vez que la realidad ha sido aceptada algunas parejas pueden mostrar conductas de enojo. Este enojo puede dirigirse hacia la pareja, hacia el médico, hacia familiares y amigos cuyos comentarios han sido percibidos como insensibles y hasta a la sociedad en general (Mennig, 1977 citado por Daniluk, 1991). Pueden surgir sentimientos de recelo, de temor de ser rechazados por las parejas que sí lograron tener hijos (Monroy, s. f.).
- d Culpa:* En el intento de determinar el por qué de su infertilidad, puede que algunas parejas piensen que algunos de sus comportamientos anteriores han podido causar el problema de infertilidad. Frecuentemente el miembro infértil siente que está

privando a su pareja de la oportunidad de tener hijos, por lo que aumenta el sentimiento de culpa (Guerra, 2002).

- e Culpabilización:* Las parejas pueden culparse el uno al otro por su incapacidad de concebir, especialmente cuando sólo uno de los dos tiene problemas de infertilidad. La culpabilidad puede conllevar a que la pareja desperdicie sus recursos emocionales y energía, y por ende disminuya la capacidad de solucionar el problema (Guerra, 2002).
- f Ansiedad:* Cualquier situación novedosa o ante la cual no se encuentra solución provocará ansiedad, la cual se incrementará en función de la interpretación que se haga de la situación y de la visión que la propia persona tenga de las estrategias que posea para resolverlas. Esta conducta aparece como consecuencia de las distintas tensiones que se dan durante el proceso de tratamiento de la reproducción asistida, tanto al comienzo como al final del mismo (Guerra, 2002).
- g Depresión:* El número de pérdidas asociado a la infertilidad hace de la depresión una respuesta muy frecuente. Se ha descrito la infertilidad, desde el punto de vista emocional y psicológico, como una pérdida. Esta pérdida se vive en diferentes fases: la primera, cuando el embarazo no ocurre cuando se suponía; enseguida, cuando se suceden los ciclos de tratamiento y éstos no resultan exitosos, y por último, cuando un eventual embarazo culmina en un aborto. Las pérdidas no solo se viven un día, sino que se reviven constantemente con múltiples situaciones sociales o familiares que se vinculan con embarazos o hijos (Sume, 1997 citado por Palacios y Jadresic, 2000).

La infertilidad crea una crisis, ya que como se verá a continuación, podría incluir en diferentes grados todas estas pérdidas para la pareja (Pérez, 2003):

Pérdida de relaciones con personas importantes: Aunque no exista una pérdida completa, en ocasiones se deteriora la calidad de la relación y existe una separación entre las parejas con problemas de infertilidad y las parejas fértiles restando importancia a los lazos de amistad, afecto o parentesco. Por otro lado, en muchas ocasiones las parejas con hijos no invitan a eventos relacionados con sus hijos a los que no los tienen por temor a cómo reaccionarán.

Pérdida de salud: El déficit en la capacidad para concebir un hijo debido a enfermedades que no se manifestaron antes implica a pasar de la condición de sanos a la pérdida de salud, con necesidad de exámenes, tratamientos y búsqueda de alternativas. Esta pérdida de salud no es aguda sino que se trata de un padecimiento que requerirá atención por un período prolongado y enfrentarse a los retos que esto implica, todo lo cual, repercute negativamente en la autoimagen, independientemente del aspecto o condición física.

Pérdida de estatus: Desde el punto de vista social es frecuente que las parejas sin hijos se consideren menos aceptables, anormales, fuera de lugar, etc. No es raro que se sientan agredidos o presionados para que cumplan con las expectativas tradicionales y patrones de conducta establecidos por la sociedad.

Pérdida de autoestima: El deterioro en la autoimagen y la pérdida de prestigio social repercuten en la autoestima, percibiéndose como inadecuado(a). Los logros personales, profesionales, familiares, intelectuales, etc., se menosprecian comparado con la dificultad de concebir un hijo.

Pérdida de seguridad: Dado que el tratamiento es prolongado, las prioridades previas de la pareja pasan a segundo plano y se empieza a fallar con obligaciones de trabajo, lo que repercute de manera notoria en la seguridad económica. Por lo general, se requieren estudios o tratamientos costosos, que implican además tiempo valioso, y como lo habitual es que no exista cobertura por seguros médicos la situación se complica.

Pérdida de control: Las personas suelen protegerse para evitar un embarazo no deseado y esperar hasta tener cierta edad y estabilidad económica para comenzar la búsqueda de su descendencia. Sin embargo, cuando es diagnosticada la infertilidad realmente se comienza a considerar que la misma no está bajo su control como siempre se ha sumido.

h Soledad: Es una respuesta muy frecuente en las parejas con problemas de infertilidad, la cual dificulta el adecuado afrontamiento a la situación. Hay una tendencia a experimentar el proceso íntimamente, sin asumir frente a otros la explicación de la situación. Todos los sentimientos y conductas anteriores los van

llevando al aislamiento, pues así evitan el sentirse cuestionados, rechazados, el confrontar a los que sí han podido tener hijos (Guerra, 2002).

2.5.4.2. Alteraciones emocionales durante los tratamientos

Los notables avances técnicos y médicos han generado en la población general, elevadas e irreales expectativas sobre la eficacia de los TRA, lo cual también comparten quienes acuden a los centros de reproducción asistida, quienes interpretan los tratamientos el “remedio” para satisfacer el deseo de tener un hijo (Antequera y cols., 2008).

En los primeros momentos del diagnóstico de la infertilidad, esta creencia ayuda a las parejas a adaptarse a la agresividad de los procedimientos médicos así como a su interferencia en la vida privada y en la dinámica cotidiana. No obstante, aumenta el desajuste emocional conforme aumentan los ciclos de intervención (Antequera y cols., 2008).

Según Antequera et al., (2008), la influencia que ejercen los TRA en el estado emocional de las parejas no sólo aparece a largo plazo, sino que las emociones negativas pueden evolucionar a lo largo de la aplicación de los ciclos de tratamientos. Así, de forma genérica, se elevan al inicio de los tratamientos y aumentan cuando el ciclo no es exitoso. Asimismo, se intensifican aún más cuando se dan varios ciclos fallidos.

Diversos estudios confirman la existencia de elevados niveles de ansiedad tras los fracasos terapéuticos, e incluso se ha señalado la aparición de ideación suicida en la cuarta parte de las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida (Baram, Tourtelot, Muecheler y Huang, 1988 citados por Antequera et al., 2008). En un estudio realizado por Mahlstedt, MacDuff y Bernstein (1987 citados por Greil, 1997) en 63 mujeres y 37 hombres con problemas de infertilidad, hallaron que el 97% reportó depresión, 81% reportó ansiedad y 65% reportó rabia. Otras conductas relacionadas a la experiencia de la infertilidad son: sentimientos de pérdida de control (Becker, 1994; Woollett, 1985; Mahlstedt et al., citados por Greil, 1997); sentimientos de indefensión o desesperanza y percepción de incompetencia sobre todo en mujeres (Valentine, 1986; Mahlstedt et al., citados por Greil, 1997); pérdida del estatus y ambigüedad (Sandelowski, 1987 citado por Greil, 1997; Greil, 1991 citado por Greil, 1997; Greil,

Leitko y Porter, 1987; Sandelowski, Holditch-Davis y Harris, (1990), Mendola, Tennen affleck, McCann y Fitzgerald, 1990).

Asimismo, alteración en la relación de pareja, y percepción del acto sexual como una obligación (Freeman, Boxer, Rickels, Tureck y Mastroiani, 1985; Lalos, Jacobson y Von Schoultz, 1985; Greil, 1991 citado por Greil 1997; Lorber y Bandlamudi, 1993; Valentine, 1986; Sabatelli, Meth y Gavazzi, 1988); percepción de no pertenecer al “mundo fértil” (Lalos et al., 1985; Sandelowski y Jones, 1986 citados por Greil, 1997; Greil, 1991 citado por Greil, 1997; Sandelowski, Harris y Black, 1992 citados por Greil 1997; Valentine, 1986; Sabatelli et al., 1988); y percepción de estrés durante el tratamiento médico de la infertilidad (Sandelowski y Pollock, 1986 citados por Greil, 1997; Becker y Nachtigall, 1991; Blemer, 1990 citado por Greil, 1997; Becker y nachtigall, 1994; Blenner, 1992 citado por Greil, 1997; Carmeli y Birenbaum-Carmeli, 1994 citados por Greil, 1997).

El desajuste emocional no sólo constituye una consecuencia de los tratamientos de reproducción asistida sino que se relaciona con la tasa de éxito de los mismos. Se produce así, una concatenación de relaciones causa-efecto en la que los tratamientos generan alteraciones emocionales, las cuales a su vez, inciden sobre el éxito o fracaso terapéutico (Antequera et al., 2008).

2.5.4.3. Impacto psicológico de la infertilidad en la mujer

Debido a las presiones culturales y sociales respecto a la maternidad y a patrones estereotipados sobre cómo deben desempeñarse las mujeres, éstas sufren intensamente esta experiencia, que se revive al ver otras mujeres embarazadas o con hijos pequeños. Puede surgir la sensación de no estar completas o de ser menos femeninas afectando su autoconcepto, su vida marital y sexual. Son frecuentes los sentimientos de injusticia respecto a los que les sucede (Pérez, 2003).

En las TRA es la mujer, no importa cuál sea la causa de la infertilidad, las que se someten a estimulación hormonal, a la intervención quirúrgica para extracción de óvulos, a la transferencia de los embriones y a los mecanismos para favorecer el embarazo, por lo que no es extraño que las mujeres experimenten reacciones diversas

contra lo que perciben injusto. Esto se acentúa en la pareja cuando el hombre afronta la situación de una forma que se percibe indiferente o poco expresiva (Pérez, 2003).

Es importante mencionar que los fármacos utilizados en algunos de los tratamientos de infertilidad producen alteraciones del estado de ánimo. Por ejemplo, el citrato de clomifeno utilizado en la inducción de ovulación produce irritabilidad, labilidad emocional y aumento de los síntomas del síndrome pre-menstrual. A su vez, el acetato de luprolide, utilizado en la fertilización *in vitro* para la regulación hipotalámico-hipofisiaria, puede producir, entre sus efectos secundarios, depresión, problemas cognitivos (de atención, concentración y memoria) y alteraciones de la motricidad fina (Pérez, 2003).

Demiyttenaere et al. (1998), hallaron una relación entre altos niveles de depresión y bajos niveles de tasa de embarazo en mujeres sometidas a FIV, las cuales eran la causa del problema de infertilidad en la pareja, mientras que hallaron altos niveles de ansiedad en mujeres, en donde su pareja era la causa de infertilidad. Domar, Friedman y Zuttermeister (1999 citados por Moreno, 2000), indican que las mujeres con problemas de infertilidad presentan niveles de depresión y ansiedad equivalentes a otros problemas de salud/enfermedad, tales como el sida, el cáncer o en las alteraciones cardiovasculares.

En un estudio que realizado en España con 30 parejas infértiles, se encontró que las mujeres experimentan un grado de estrés estadísticamente más elevado frente a los varones cuando se les informa del diagnóstico de infertilidad (Moreno, Nuñez y Caballero, 1999 citados por Moreno, 2000). Pueden mostrar además síntomas de estrés postraumático (Barlik, Greene, Graf, Sharma y Melnick, 1997 citados por Moreno, 2000), falta de concentración, miedos y ausencia de atractivo físico, así como alteraciones en la relación sexual, de pareja y de bienestar general (Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuysse, 1999 citados por Moreno, 2000; Aghanwa, Dare y Ogunniyi, 1999 citados por Moreno, 2000). Por otro lado, Oddens et al. (1999 citados por Moreno, 2000), hallaron que las mujeres con trabajo a tiempo total, con estado de ánimo hostil y elevada ansiedad como rasgo se asociaban a una tasa más baja de embarazos.

Moreno (2000), realizó un estudio para evaluar los resultados de las investigaciones realizadas entre 1995 y 1999, y concluyó que mujeres con problemas de fertilidad que se someten a tratamientos de reproducción asistida, presentan trastornos de ansiedad y depresión, experimentan emociones negativas (pena, rabia, frustración, etc.), así como alteración en sus relaciones sociales, familiares, de pareja y de sexualidad.

2.5.4.4. Impacto psicológico de la infertilidad en el hombre

Según Pérez (2003), los hombres pueden experimentar las mismas emociones que las mujeres, sin embargo, lo frecuente es que no lo expresen con la misma intensidad ya que tratan de cumplir el papel establecido por la sociedad de ser fuertes y dar apoyo a la pareja en el momento de crisis, motivo por el cual suelen recibir acusaciones de indiferentes.

En ocasiones, cuando la causa de la infertilidad radica en el hombre, a lo anterior se le agrega el sentirse culpables de que sus parejas no tengan un hijo. Su concepto de virilidad se ve fuertemente amenazado y es causa frecuente de resistencia a someterse a las evaluaciones médicas (Pérez, 2003). Pueden desarrollar impotencia selectiva cuando se requieren relaciones sexuales o muestras de semen en períodos específicos. Algunos procedimientos, tales como, la prueba post-coital, influyen negativamente al funcionamiento sexual del hombre (Boivin et al., 1992). En ocasiones, se tienen que enfrentar a situaciones con fuerte impacto psicológico como uso de espermatozoides de un donador o extracción de espermatozoides de los testículos mediante biopsias. La sensación de culpabilidad se acentúa cuando, por infertilidad masculina, la esposa, cuya fertilidad es normal, es la que tiene que someterse a todos los pasos que implica un programa de reproducción asistida (Pérez, 2003).

Varias investigaciones han estudiado el impacto del diagnóstico de infertilidad en el hombre. Berger (1980), estudió la función sexual de parejas con problemas de infertilidad en donde los hombres habían sido diagnosticados de azoospermia o ausencia total de espermatozoides y halló que más de la mitad de los hombres experimentaron un período de impotencia sexual luego de haber recibido el diagnóstico. Otro estudio realizado por Newton (1999) halló que hombres diagnosticados reportaron disminución en la gratificación sexual luego de haber recibido el diagnóstico.

2.5.5.5. Impacto psicológico de la infertilidad en la pareja

En los últimos años se han realizado estudios para evaluar el impacto psicológico que tiene, tanto para la pareja como para cada uno de sus miembros, el diagnóstico de infertilidad. Se ha descrito, en primer lugar, una *crisis vital*, la cual se origina en múltiples factores y genera un gran desgaste emocional para la pareja, dada su *ciclicidad*. Se caracteriza porque una y otra vez se repite la vivencia de esperanza (al inicio del ciclo) y fracaso (cuando llega la menstruación). En segundo término, impactan el elevado costo económico del tratamiento, el sometimiento a procesos quirúrgicos con el dolor físico que conllevan, y la invasión a la privacidad sexual de la pareja (Forman, 1997; Kerr, Brown y Balen, 1999; Miranda, Larrazabal y Labán, 1995; Fernández, 1995, 1998; Menning, 1998 citado por Palacios y Jadresic, 2001; Newton, 1999; Odrés, Den Tonkelaar y Nieuwenhuysse, 1997; Remeter y Fiegl, 1998).

En una evaluación realizada con el propósito de hallar las conductas frecuentes en las parejas que no habían logrado concebir luego de varios intentos de TRA, se halló que el 50% de éstas, presentaron alguna alteración psicológica importante. Entre las alteraciones mencionadas se encuentran (Pérez, 2003):

- a. La pareja se siente incompleta sin la presencia de un hijo, lo cual les impide disfrutar su relación matrimonial.
- b. Disminuye o desaparece el placer en la relación sexual, ya que se asocia este vínculo sólo con propósitos reproductivos.
- c. No se puede hablar del problema que los aqueja, éste pasa a constituir un tema tabú.
- d. Se descubre que los miembros de la pareja no vivieron el deseo de paternidad con la misma intensidad, encontrándose que uno de ellos había realizado el tratamiento para satisfacer a su pareja.
- e. Se instaura un conflicto de poder entre los miembros de la pareja, los cuales constantemente se reprochan uno al otro la falta de disposición en la tarea de lograr tener un hijo.

En este sentido, Abbey, Andrews y Halman, (1995), afirman que las parejas con problemas de infertilidad experimentan altos niveles de estrés. Igualmente, Anderson,

Sharpe, Rattray e Irvine (2003), Merari, Chetrit y Modan (2003), Lukse y Vacc, (1999), señalan que además del estrés, la rabia, la depresión, la ansiedad, la culpa y la frustración son emociones manifestadas en estas parejas.

Asimismo, Leiblum, Aviv y Hamer, (1998), Abbey, Andrews y Halman, (1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004), afirman la existencia de insatisfacción y ajuste marital en las parejas con problemas de infertilidad. Del mismo modo, Leader (1984), Rosenfeld y Nitchell (1979) señalan la existencia de factores psicológicos asociados a la experiencia de la infertilidad en parejas bajo TRA traducidos en pérdida del deseo sexual e incapacidad para alcanzar el orgasmo.

Conjuntamente, Boivin y Tafekman (1995) y Hammarberg Astbury y Baker, (2001) señalan que los TRA, son una fuente de estrés para las parejas quienes invierten gran carga emocional en estos tratamientos. Slade, Emery y Lieberman (1997), plantean la existencia de tristeza, depresión y ansiedad. Ardeni et al. (1999), afirman que la desesperanza y la rabia son comunes en parejas con problemas de infertilidad bajo TRA.

Por su parte, Thiering, Beaurepaires, Jones, Saunders y Tennant, (1993), Smeenck et al. (2001), Bevilacqua, Barard, Youchah y Witt (2000), afirman la que el resultado de los TRA también es influida por el grado de ansiedad y depresión experimentado por la pareja y por el afecto negativo de los mismos hacia el tratamiento.

2.5.5.5.1. Infertilidad y Sexualidad

La infertilidad y la sexualidad están relacionadas en diferentes formas. Primero, el funcionamiento sexual es un aspecto fundamental en la experiencia individual y es particularmente sensible a la crisis de infertilidad. Segundo, la disfunción sexual puede ser incidental o secundario a la infertilidad, o ser la causa de la misma (Boivin et al., 2001).

De acuerdo a Boivin et al. (2001), para un pequeño porcentaje de parejas con infertilidad, los problemas sexuales son la causa primaria de la misma (vaginismo, dispauprimia, disfunción eréctil, entre otros), los cuales pueden tener un origen orgánico y/o psicológico. Sin embargo, para un porcentaje mayor de estas parejas (10%-60%), la infertilidad puede repercutir en el funcionamiento sexual (déficit del deseo sexual, disfunción orgásmica), los cuales, están frecuentemente relacionados con la presión de

llevar a cabo las relaciones sexuales en un horario establecido, con la percepción de pérdida de intimidad y con el hecho de que el objetivo está orientado a la reproducción que a su vez les recuerda su problema de infertilidad (Greil et al., 1989).

Adicionalmente, la crisis de infertilidad altera la autoestima y la imagen corporal, conllevando a sentimientos de inferioridad, depresión y ansiedad. Estas repercusiones psicológicas pueden tener repercusión negativamente en la sexualidad (Boivin et al., 2001).

2.5.5. INFERTILIDAD Y ESTRÉS

Una de las variables psicológicas más investigadas en relación con la génesis y mantenimiento de los problemas de salud son las respuestas de estrés. En este sentido, Sandín (1993 citado por Simón, 1999) afirma que los principales efectos en relación con la salud y/o enfermedad se establecen a través de los mecanismos de estrés.

Desde un punto de vista conductual, el estrés se puede definir como un patrón complejo de respuestas ante situaciones estresantes, acontecimientos vitales y contratiempos cotidianos, caracterizado por (Simón, 1999):

Sistema Psicofisiológico: Se produce un importante incremento en la actividad vegetativa con aumento en la tasa cardíaca, presión arterial, ritmo respiratorio, tensión muscular, etc.; cambios neuroendocrinos como incrementos de noradrenalina y adrenalina, colesterol, glucosa, etc., y una disminución de la actividad del sistema inmunológico.

Sistema Cognitivo: Se presenta una serie de dificultades cognitivas del tipo de la atención, memoria, pensamiento, solución de problemas, etc.; tales como distracción, olvidos, preocupaciones, indecisión.

Sistema Motor: Se presentan excesos como habla rápida, conductas hiperactivas o impulsivas, consumo de drogas, conducción temeraria, ingesta excesiva, etc.

Roales-Nieto y López (2004), afirman que una conceptualización novedosa es la visión del estrés/afrontamiento como proceso y la idea de enfrentar el fenómeno del estrés como una interacción amenazante en la que los sucesos externos serán percibidos

como amenazantes o no en función de la propia capacidad juzgada para controlar sus efectos.

El modelo de estrés, en su dimensión clínica hipotetiza la aparición de problemas de salud (Roales-Nieto y López, 2004): a) debido a sucesos estresantes excesivamente intensos y/o duraderos; b) debido a una percepción y/o valoración inadecuada; c) como resultado de la inadecuación de las respuestas de afrontamiento; y d) debido a una inadecuada emisión de respuestas fisiológicas (generalmente por exceso).

De acuerdo a Amigo, Fernández y Pérez, (2003) lo que hace que una situación sea estresante son: 1) la impredecibilidad de los acontecimientos; 2) la incontrolabilidad de los acontecimientos; 3) la falta de apoyo social; 4) la acumulación de eventos vitales estresantes (impredecibles e incontrolables); 5) la valoración o interpretación de la situación; y 6) el modo de afrontar la situación.

Cuando las respuestas de estrés son excesivamente frecuentes, intensas y/o duraderas, se originan y se agravan diferentes trastornos. De esta forma, la relación entre el estrés y la enfermedad es una de las más investigadas (Simón, 1999).

La relación entre estrés e infertilidad ha sido estudiada por varios autores (Wright, Allard, Lecours y Sabourin, 1989 citados por Fassino, Piero, Boggie, Piccioni y Garzazo, 2002; Greil, 1997), sin embargo, la relación entre estas dos variables ha arrojado resultados contradictorios debido a problemas metodológicos para el estudio del estrés, ya que se considera un campo complejo de estudio.

Greil (1997) plantea que el problema deviene del modelo teórico de referencia. Los estudios relacionados con los componentes psicológicos de la infertilidad están basados en dos modelos teóricos contrapuestos, uno que considera la psicopatología como causa de la infertilidad y la otra que considera la psicopatología como consecuencia de la infertilidad.

Este autor señala que el primer modelo enfatiza el rol de los componentes psicológicos entre las causas de la infertilidad, o hipótesis psicogénica. Recientemente, algunos autores han sustituido este modelo llamándolo modelo de hipótesis de estrés (Wasser, Sewall y Soules, 1993; Christie, 1994; Wasser, 1994). La hipótesis del estrés considera la infertilidad como un desorden psicosomático (Facchinetti, Demyttenaere,

Fiorino, Neri y Genazzani, 1992 citados por Greil, 1997; Gallinelli, 2001); (Demyttenaere, Nijs, Evers-Kiebooms y Koninckx, 1992 citados por Greil, 1997) enfatizan el impacto de los estados emocionales y la habilidad para afrontar el estrés y el impacto del estrés en las tasas de embarazo (Domar, Zuttermeister, Seibel y Benson, 1992).

Greil (1997) señala que el segundo modelo es fomentado por aquellos que sustentan la teoría de que el estrés es secundario a la infertilidad. Entre estos autores, Stoleru, Teglas, Fermanian y Spira (1996); Bringhenti, Martinelli, Ardenti y La Sala (1997 citados por Greil, 1997), los cuales afirman que la experiencia de la infertilidad conlleva a un profundo estrés tanto en la persona como en la pareja; Moller y Fallström, (1991 citados por Greil, 1997), afirman que la infertilidad produce una disminución en los recursos psicológicos para combatir estrés y, Greil (1997), quien plantea que la infertilidad produce estrés social.

Guerra (2002) afirma que el papel que juega el estrés en la concepción es poco clara, no obstante, importante ya que tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, las parejas son sometidas a un régimen médico de visitas continuas, toma de temperatura diaria, medicamentos, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas, afectando de forma crítica su calidad de vida, alterando de alguna forma su estado emocional, social, físico y laboral. De acuerdo a la autora, un estudio realizado por Freeman et al. (1982 citados por Guerra, 2004), halló que para la mitad de la muestra, la infertilidad era la experiencia más perturbadora que habían experimentado en sus vidas.

Thiering, Bearepaire, Jones, Saunders y Tenannt (1993 citados por Verhaak et al., 2001), señalan la existencia de cambios en la intensidad del estrés durante el curso de varios tratamientos consecutivos fallidos; es decir, el estrés del primer ciclo está relacionado al desconocimiento de la naturaleza del tratamiento, mientras que el estrés en el tercer ciclo se asocia a la amenaza de una infertilidad definitiva. Estos autores afirman que hay que considerar estos cambios emocionales a través de los ciclos consecutivos de los tratamientos para el desarrollo de intervenciones psicológicas para manejar el estrés.

El estrés es particularmente importante cuando se espera el resultado del tratamiento (Boivin et al., 1998), cuando falla el tratamiento (Newton, Hearn y Yuzpe, 1990; Salde et al., 1997) y en los ciclos siguientes al primer intento (Boivin et al., 1995); también esto depende de la habilidad de la pareja para afrontar esta condición (Hynes, Callan, Terry y Gallois, 1992 citados por Fassino, Piero, Boggio, Piccioni y Garzaro, 2002).

Diversas investigaciones afirman que el estrés puede causar cambios hormonales que afectan el sistema reproductivo tanto en el hombre como en la mujer. De acuerdo a Clarke, Klock, Geoghegan y Travassos, (1999); Pook, Krause y Röhrle (1999), el estrés tiene un impacto negativo en la calidad del semen en el hombre (concentración, motilidad y morfología). Según Domar et al. (2000), el estrés puede inhibir la segregación de la gonadotropina, activar el arco hipotálamo-pituitaria y alterar el sistema inmunológico, estas perturbaciones resultado del estrés y de la depresión pueden afectar adversamente la ovulación, la fertilización o la implantación.

En un estudio realizado por Fanchin et al. (2000), hallaron que altos niveles de estrés se correlacionan con el aumento en la frecuencia de contracciones uterinas que podrían impedir la implantación del embrión en el útero.

2.6. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA INFERTILIDAD

La solicitud de ayuda psicológica en pacientes bajo tratamiento de reproducción asistida se realiza, por lo general, cuando la persona presenta alguna alteración conductual (ansiedad, depresión, entre otros). En este sentido, Boivin et al. (2001), afirman que al realizar una intervención psicológica en pacientes con problemas de infertilidad se deben considerar los siguientes aspectos:

- a El foco central de la consulta es debido a la dificultad para tener un hijo.
- b El tratamiento para concebir y mantener un embarazo frecuentemente incluye repetidas intervenciones, las cuales pueden ser o no exitosas.
- c Los procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos a los que deben someterse tiene un impacto negativo en la vida íntima de los pacientes.

Así, los autores recomiendan que la intervención psicológica deba considerar las necesidades psicosociales de los pacientes de forma que puedan afrontar el

proceso de la infertilidad disminuyendo el impacto de ésta en sus vidas y planteándose como propósito de la intervención ayudar a los pacientes a alcanzar una mejor calidad de vida.

Evans (s.f. citado por Fernández et al., 1999) señala que entre las estrategias propuestas a aumentar la calidad de vida, se encuentran los programas dirigidos a las personas y los programas orientados al ambiente. Los primeros con la finalidad de conseguir un desarrollo óptimo de la autoestima, de la autoeficacia y de los sentimientos de dominio y control de los individuos (adquisición de estrategias de afrontamiento, habilidades de solución de problemas, asertividad, adquisición de habilidades sociales, etc.). De acuerdo a la segunda perspectiva, los esfuerzos se dirigirán a la modificación de los aspectos relacionados al ambiente social, por ejemplo, el fortalecimiento de las redes de apoyo.

Argyle (1993 citado por Fernández et al., 1999), Evans (1994 citado por Fernández et al., 1999) y Rommey y Fry (1994 citados por Fernández et al., 1999) señalan que entre los procedimientos para aumentar la calidad de vida se encuentran: pensar en hechos agradables, escuchar música alegre, ver películas divertidas, autoinstrucciones positivas, aumentar las actividades agradables, tener una buena relación con los demás y contar con sistemas de apoyo adecuados. Por lo tanto, los programas dirigidos a fomentar la calidad de vida tratarían de potenciar tanto el desarrollo de la autoeficacia y la autoestima, como mejorar el nivel general de funcionamiento por medio del entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

De acuerdo a Godoy (1999), entre los objetivos para la promoción de la salud, y la prevención o disminución del impacto de la enfermedad se encuentran: el control de variables disposicionales o de riesgo: estrés, ansiedad, depresión, hostilidad, inhibición y apatía; la potenciación de recursos protectores o de resistencia: amor, afecto, optimismo, implicación o responsabilidad, alegría; la generación de estilos de vida sanos: distribución del tiempo y disfrute del ocio y tiempo libre; aprendizaje de competencias y habilidades básicas, tales como, relajación, autocontrol, solución de problemas, comunicación y relaciones sociales y búsqueda de apoyo social.

En este sentido, Godoy (1999) plantea los programas de intervención comportamental-educativo basados en el modelo de competencias, esto es, estrategias de intervención destinadas a facilitar al individuo el aprendizaje de habilidades o competencias que le capaciten para la disminución del impacto de la enfermedad en sus vidas. El entrenamiento en competencia incluye como componentes básicos (Macía, Méndes y Olivares citados por Godoy, 1999): entrenamiento en habilidades para el manejo del estrés (relajación, inoculación de estrés, detención de pensamiento, etc.); entrenamiento en habilidades y de comunicación; entrenamiento en solución de problemas o toma de decisiones y entrenamiento en habilidades de planificación del tiempo libre.

Además, el afrontamiento está asociado a la información que se tenga de la enfermedad y vinculado a este la conducta de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas (Rodríguez-Marín, 1999). En este sentido, Amigo, Vázquez y Pérez (2003) afirman que generalmente los médicos aportan menos información de la necesaria y que los pacientes, en muchas ocasiones, comprenden de forma insuficiente o errónea la información que reciben.

En este sentido, Boivin et al. (2001), señala la información como uno de los principales objetivos de intervención psicológica en pacientes con problemas de infertilidad. Así, la información debe relacionarse con las dimensiones biológicas y psicosociales de la infertilidad que faciliten la comprensión de los pacientes a su problema de infertilidad. Respecto a los aspectos biológicos, brindar información acerca del funcionamiento del aparato reproductor y de las causas de la infertilidad. Así como, ofrecer información de los procedimientos diagnósticos y de los tratamientos con sus probabilidades de éxito asociada, con la finalidad de romper con la idealización de los resultados de las técnicas de reproducción asistida (Boivin et al., 2001).

Respecto a los aspectos psicosociales, informar a los pacientes acerca de las conductas más comunes al proceso de infertilidad (ansiedad, depresión, rabia, culpa, aislamiento, entre otros), información del posible impacto de la infertilidad en el área sexual y social de la pareja, así como información acerca de algunas estrategias para afrontarlos (Boivin et al., 2001).

Respecto a la forma de presentación de la información, Boivin et al. (2001), señalan que puede ser presentada en forma escrita o digital, y que tienen entre los beneficios los siguientes: ser de fácil acceso para los pacientes permitiéndoles revisarlo las veces que lo necesiten y en cualquier momento, además poder ofrecerlas a sus amigos y/o familiares para facilitar la comprensión del proceso que ellos están pasando.

Asimismo, Llavona y Mora (2003) señalan entre las intervenciones psicológicas en la infertilidad, las actuaciones preventivo-educativas dirigidos a los pacientes, los cuales suelen ofrecerse a través de manuales de información-asesoramiento en sesiones grupales cuyo contenido incluyen explicaciones accesibles e ilustradas sobre el proceso reproductor, así como información de las causas de infertilidad, de las técnicas de reproducción asistida, probabilidades de éxito, riesgos y posibles estados anímicos producidos por la situación de tratamiento.

La promoción de la salud y la prevención y tratamiento de la enfermedad, en términos de disminuir el impacto del mismo en el individuo, no sólo debe contar con información, ya que ésta es una condición necesaria más no suficiente para el cambio conductual, debe ir más allá, ofreciendo programas que aumenten la calidad de vida del paciente (Roales-Nieto, 2004).

En este sentido, Roales-Nieto (2004), señala que las conductas dirigidas a disminuir el impacto de la enfermedad implica dirigir al paciente a un estilo de vida más saludable que disminuya el impacto de la enfermedad, en función de intervenciones sistemáticas y programas específicos que no sólo abarquen el qué se debe hacer para lograr conductas adaptativas que permitan un afrontamiento adecuado a la enfermedad sino que además proponga el “como” hacerlo y “cuando” realizarlo facilitando de esta forma la consecución de una adaptación funcional adecuada.

Diversos estudios coinciden en afirmar la necesidad de la intervención psicológica en parejas con problemas de infertilidad (Matsubayashi, Osaka, Izumi, Suzuki y Makino, 2001; Lee, Sun y Chao, 2000; Hammarberg et al., 2001; Hansell, y Thorn, 1998; Lukse et al., 1999; Yong, Martín y Thong, 2000; Salakos, Roupa, Sotiropoulou y Grigoriou, 2004; Chiba et al., 1997; Smeenk, Verhaak, Stolwijk, Kremer

y Braat, 2004; Kee, Jung, Lee, 2000; Kains, 2001) dado la implicación de factores psicológicos asociados a la infertilidad.

En este sentido, de acuerdo a Domar et al. (2000), distintos estudios sustentan la noción de que la depresión puede inhibir la fertilidad. En una investigación realizada por Domar, Zuttermeister y Friedman (Domar et al., 2000), mujeres que reportaron niveles severos de depresión quienes asistieron a diez (10) sesiones de un programa cognitivo-conductual diseñado para disminuir la depresión, experimentaron un 60% de embarazo viable en seis meses, en contraste a un 24% de embarazo viable en mujeres quienes no asistieron a dicho programa recibiendo sólo asistencia médica. Este estudio sustentó una asociación entre depresión e infertilidad y mostró que las mujeres con conductas de depresión que asisten a un programa diseñado para reducir dichas conductas experimentan un aumento en la concepción.

De hecho, han sido varios los estudios (Domar et al., 1990; Domar, et al., 1992) que indican que las intervenciones psicológicas pueden conducir a aumentar la tasa de embarazo. Los resultados de dichos estudios arrojaron un 60% de tasa de embarazo en el grupo experimental quienes recibieron una intervención cognitivo-conductual con el objetivo de enseñar estrategias de relajación y manejo del estrés, comparado a menos del 10% en el grupo control.

Boivin (2003), efectuó una revisión de diversas investigaciones realizadas en el campo de la infertilidad con el propósito de determinar si las intervenciones psicológicas aplicadas a parejas con infertilidad aumentan el bienestar y la tasa de embarazo. Según el autor, varias investigaciones reportaron una disminución de estrés en las parejas después de que éstas fueran sometidas a terapia de apoyo (Bents, 1991) y a terapia cognitivo-conductual (Bresnick y Taymor, 1979).

Luske y Vace (1999) plantean que la intervención psicológica en parejas con infertilidad, debería incluir, entre otros, información y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, información sobre los procedimientos médicos y entrenamiento en comunicación asertiva en las parejas. Respecto al entrenamiento en asertividad, Taylor (1995 citado por Savitz-Smith, 2003) afirma que podría ayudar a las parejas a conocer sobre sus necesidades y preguntarse qué quiere el uno del otro.

Las intervenciones pueden ser de forma individual, de pareja o grupal y el objetivo principal se centra en prevenir la aparición de cuadros clínicos, mantener mayor esperanza y optimismo en el tratamiento, así como ayudar al logro de los objetivos personales (Gutiérrez, 2007). Debido a la escasa literatura que existe con respecto a la intervención psicológica grupal en pacientes con problemas de infertilidad, a continuación se hará una aproximación de los principales tipos de intervención grupal, así como los principales programas grupales.

En relación al tratamiento en pacientes con problemas de infertilidad, las intervenciones psicológicas de tipo grupal se pueden clasificar en dos modalidades (Gutiérrez, 2007): grupos de apoyo informativos y programas de Medicina Conductual o psicoeducativos. A continuación se expondrán brevemente.

2.6.1. GRUPOS DE APOYO INFORMATIVOS

Estos grupos, modulados o no por un psicólogo, suelen ser grupos pequeños de voluntarios cuyo objetivo se centra en informar, asesorar y escuchar a otros miembros del grupo (Gil, 2003). De acuerdo al autor, la pertenencia a un grupo de apoyo proporciona nuevos lazos y relaciones sociales mediante la interacción con personas que tienen problemas carencias y/o experiencias comunes. Dentro de este grupo se ha incluido los grupos de autoayuda, las asociaciones de pacientes y las sesiones informativas de tipo grupal.

2.6.2. PROGRAMAS DE MEDICINA CONDUCTUAL

Este tipo de intervención modulada por un profesional o grupo de profesionales de la salud mental, consiste en la elaboración de objetivos y estrategias destinadas a estimular conductas de salud y bienestar psicosocial. Los objetivos se centran en el aprendizaje de estrategias para afrontar el desajuste psicológico provocado por la situación de la infertilidad, conseguir cambios que faciliten una mejor adaptación a situaciones nuevas y vivir la experiencia de conocer a otros miembros que han pasado o están pasando circunstancias parecidas (Gil, 2003).

A diferencia de otro tipo de intervención grupal, los programas de Medicina Conductual o Psicoeducativos tienen una duración determinada, cuentan con unos

objetivos muy definidos y posteriormente se realiza una evaluación para valorar la idoneidad del procedimiento y de los resultados obtenidos (Gutiérrez, 2007).

Desde comienzos de los 90 y a partir de la evidencia del impacto psicológico en pacientes bajo TRA, se han ido desarrollando hasta la actualidad distintos programas psicoeducativos. A continuación se describirán los más importantes hallados en la literatura especializada.

2.6.2.1. Programa Mente-Cuerpo para la Infertilidad

Uno de los primeros programas es el Programa de Medicina Conductual para la infertilidad desarrollado por Domar, Siebel y Benson (1990). Se trata de un programa cognitivo-conductual aplicado a grupos de mujeres con problemas de infertilidad y consta de 10 sesiones de 2 horas de duración a lo largo de 10 semanas. En el transcurso del mismo se trabajan en distintas áreas, tales como la relajación, la reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento, yoga y reducción del estrés, entre otras.

De los resultados hallados, se derivó que los participantes de este programa adquirieron mayor percepción de control, seguridad, bienestar, autoestima, y experimentan una mejora significativa en síntomas asociados a la depresión, ansiedad e ira. Además, entre el 30% y 40% de los participantes concibieron en los seis meses consecutivos al programa.

Un estudio realizado por Domar et al. (2000), con la finalidad de determinar la eficacia de dos programas de intervención psicológica (grupo de apoyo, grupo cognitivo-conductual) en la prevención del desajuste psicológico y en la tasa de embarazo en mujeres bajo TRA, distribuyeron 184 mujeres en tres grupos: un grupo recibió el programa cognitivo-conductual, otro grupo recibió apoyo psicológico, y un tercer grupo, el grupo control que recibió atención médica de rutina. La intervención cognitivo-conductual consistió en entrenamiento en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, métodos para la expresión emocional e información relacionado con el ejercicio y la nutrición. El apoyo psicológico, consistió en charlas entre los participantes.

Los autores concluyeron que el programa de intervención psicológica no sólo disminuyó el desajuste psicológico de las participantes, sino que además condujo al

incremento de la tasa de embarazo ya que, según los resultados obtenidos, las mujeres que participaron en el grupo de intervención cognitivo-conductual obtuvieron una tasa de embarazo (42%), las mujeres que participaron en el grupo de apoyo obtuvieron una tasa de embarazo (20%) significativamente mayor a las mujeres que no participaron en ninguna de las intervenciones psicológicas (11%). Además, la tasa de abandono en el grupo control fue significativamente mayor (38 mujeres de 63), en comparación al grupo de apoyo (19 mujeres de 65) y al grupo con intervención cognitivo-conductual (9 mujeres de 56).

2.6.2.2. Programa Grupal Centrado en las Emociones y en el Problema

Entre este tipo de programas se encuentra el programa realizado por McQueeney, Staton y Sigmon (1996). El mismo es dirigido a mujeres con problemas de infertilidad sometidas a TRA con una duración de 6 sesiones semanales de 90 minutos de duración cada una y compuesto de dos partes: el tratamiento centrado en la emoción y el tratamiento centrado en el problema.

El tratamiento centrado en la emoción estableció como propósitos, facilitar la expresión emocional en torno a la infertilidad, promover actividades agradables, la relajación y a la disminución de los efectos negativos relacionados a pensamientos disfuncionales. El tratamiento centrado en el problema se dirigió a enseñar a las participantes técnicas para aumentar la percepción de control sobre los pensamientos, al manejo asertivo de los resultados, a promover la búsqueda de fuentes de información del tema de la infertilidad y a enseñar estrategias de solución de problema.

Este estudio contó con una muestra de 29 mujeres las cuáles fueron divididas en tres grupos: entrenamiento centrado en la emoción (CE), entrenamiento centrado en el problema (CP) y un grupo control (GC) que no tuvo tratamiento. Los resultados demostraron que tras haber finalizado la intervención, el grupo CE y CP obtuvo mayor ajuste psicológico, menor índice de depresión y estrés y una mayor sensación de bienestar general que el GC.

2.6.2.3. Programa de Apoyo Psicológico (PAP)

El Programa de Apoyo Psicológico realizado por Dolz y García (2002) con el objetivo de comprobar la incidencia del apoyo psicológico en mujeres con problemas de infertilidad bajo TRA fue desarrollado sobre cuatro aspectos centrales: información, relajación, autocontrol y entrenamiento en habilidades personales. Los resultados arrojaron un 54% de embarazos y nacidos vivos con una tasa de abandono del 5,7% en el grupo que asistió al programa y un 28% de embarazos y nacidos vivos con una tasa de abandono del TRA del 37,5% en el grupo que no asistió al programa.

2.6.2.4. Modelo para la Intervención Psicológica con pacientes con problemas de infertilidad (VIDA)

Moreno et al. (2007), proponen un modelo de intervención psicológica compuesto por un sistema de cuatro pasos que contienen los elementos a considerar a la hora de realizar un programa. Dicho proceso lo hemos resumido con las siglas VIDA. A continuación se describirán brevemente los pasos contenidos en el modelo.

VIDA Paso 1. Valoración. Consiste en la valoración del estado físico y emocional de los pacientes con la finalidad de conocer su estado actual, definir los puntos problemáticos y objetivos personales de cada uno, así como la conveniencia o no de participar en un programa grupal o individual. Además de las pruebas médicas, es necesaria una adecuada evaluación de los componentes más relevantes de su historia personal, sus hábitos de vida, su relación de pareja, sus relaciones sociales, sus recursos personales y de su estado emocional.

VIDA Paso 2. Información. Consiste en ofrecer a los miembros del grupo información de los TRA, en qué consisten, que opciones tienen, porcentaje de eficacia, ventajas y desventajas en cada una de ellas, entre otros. Asimismo, informar acerca de los procesos emocionales experimentados de acuerdo a la etapa en la que se encuentren y del impacto y posibles cambios. El objetivo de informar es desmitificar ideas erróneas o preconcebidas acerca de la infertilidad y su tratamiento, que observen y puedan valorar su estado emocional y que puedan tomar decisiones acerca de cómo, cuándo y hasta dónde quieren llegar.

VIDA Paso 3. Disminuir estados emocionales negativos. El principal propósito es el de disminuir los niveles de depresión y ansiedad. Para ello es elemental propiciar en los pacientes llevar a cabo actividades que les son placenteras y fomentar la comunicación con la pareja e incrementar el apoyo social. Asimismo, ofrecer estrategias de relajación y respiración, enseñar estrategias para controlar pensamientos negativos y la promoción de hábitos de vida adecuados.

VIDA Paso 4. Afrontamiento eficaz. Es necesario tener un plan que contemple el qué hacer en momentos difíciles, cómo llevar los días de espera y cómo manejar el entorno familiar, entre otros. Para ello, es importante dotar a los miembros del grupo estrategias para aumentar su percepción de control de la situación, enseñando estrategias de solución de problemas y toma de decisiones, enseñar a manejar asertivamente situaciones difíciles y propiciar la búsqueda activa de información.

2.7. PROGRAMAS

2.7.1. DEFINICIÓN DE PROGRAMAS

De acuerdo a Guevara (2005), se entiende por programa, un documento que permite difundir el producto de la planificación para un lapso predeterminado y relativamente corto, en el cual se especifican de manera precisa los objetivos que se pretenden alcanzar en ese período; las actividades necesarias para ello; los procedimientos por medio de los cuales éstas se llevarán a cabo; los recursos (humanos, financieros, materiales y técnicos) necesarios; el tiempo estimado para cada una de las actividades y para el logro de los objetivos planteados y, por último, los criterios y métodos de evaluación que se usarán para estimar el éxito de la programación.

El desarrollo de un programa que contengan los elementos antes mencionados permite establecer: qué debe hacerse, cómo, cuándo y quién pondrá en práctica las acciones necesarias para lograr los objetivos y qué constituye un rendimiento satisfactorio (Guevara, 2005). De allí la importancia que se le atribuye al diseño del programa.

Un programa de intervención es entendido de acuerdo a Fernández-Ballesteros (1992) como un conjunto de especificaciones de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implementados organizadamente en una determinada realidad social, con la

finalidad de resolver algún problema que afecta a un conjunto de personas. Así, las dos características esenciales de un programa son: ser sistemático y haber adquirido esta condición mediante una rigurosa planificación (Fernández-Ballesteros, 1996).

2.7.2. PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS

La elaboración de un programa conforman los siguientes pasos (Machado y Blanco s.f. citados por Guevara, 2005):

2.7.2.1. Exploración de las Necesidades

La exploración e identificación de las necesidades de la población mediante investigaciones, encuestas o entrevistas, entre otras. Asimismo, ha de realizarse de forma sistemática a través de las siguientes etapas: identificación del problema, divulgación de los resultados obtenidos, ordenación por prioridades, desarrollo de programas y evaluación del programa. Como puede observarse, se espera que exista una relación estrecha entre necesidades y objetivos.

2.7.2.2. Desarrollo del Programa

Este paso constituye la elaboración de un documento, redactado de forma clara los objetivos a alcanzar, las actividades y procedimientos que se deben llevar a cabo para alcanzar los resultados deseados, los recursos necesarios, el tiempo previsto para el desarrollo tanto de las actividades como de los distintos objetivos pautados y del programa en su totalidad y los criterios e instrumentos de control y evaluación que se usarán (Guevara, 2005).

Calonge (1983 citado por Guevara, 2005) plantea la existencia de dos niveles interrelacionados de formulación de programas: uno conceptual y otro operacional.

- *Nivel Conceptual*: Este nivel abarca los aspectos que sirven de guía para el diseño de las acciones a seguir en la puesta en práctica del programa e incluye los principios teóricos de los cuales se parte y los propósitos generales que se pretenden alcanzar, los cuales deben responder a las necesidades o problemas de los destinatarios. Este nivel representa un conjunto de factores que determinarán la selección de las metas y las estrategias más convenientes.

- *Nivel Operacional.* Este nivel se basa en el conceptual y consiste en la especificación de los objetivos previstos y la descripción tanto de los procedimientos, recursos y tiempo requeridos para su logro, como de los métodos que se emplearán para asegurar el alcance de los resultados esperados y la estimación del éxito obtenido mediante el programa.

2.7.2.2.1. Pasos para el Desarrollo del Programa.

Machado et al. (s.f. citados por Guevara, 2005), proponen los siguientes pasos para el desarrollo de programas:

- *Primer paso:* Realizar un estudio diagnóstico que permita conocer el estado actual de la situación en donde se va a implantar el programa. Su importancia está en la adecuación del programa a las necesidades por las cuales es desarrollado.
- *Segundo paso:* Consiste en formular los principios teóricos que servirán de guía para el resto de las acciones que se llevarán a cabo durante la elaboración y puesta en práctica del programa. De allí la importancia de la teoría en el diseño del programa, ya que como menciona Essensfeld (1979 citado por Guevara, 2005), es el marco de referencia de donde se puede deducir los propósitos y los objetivos.
- *Tercer paso:* Establecer las estrategias por seguir mediante la formulación de políticas que sirvan de guía para el logro del resto de las actividades de la planificación, y durante la puesta en marcha del programa.
- *Cuarto paso:* Consiste en fijar los objetivos generales por lograr en el período en el cual se llevará a cabo el programa.
- *Quinto paso:* Determinar los objetivos específicos que se esperan alcanzar, los cuales se derivan de los objetivos generales formulados y contemplar, de forma clara y precisa, los resultados deseados y los parámetros que se utilizaran como punto de referencia para juzgar su logro.
- *Sexto paso:* Consiste en la formulación de las distintas opciones para la ejecución de las tareas que harán posible lograr cada uno de los resultados previstos, efectuar un análisis de las distintas tácticas de acción posible para luego seleccionar la mejor opción. Ello implica la descripción detallada de las actividades a realizar, de los

procedimientos que se seguirán durante su implantación, del tiempo previsto para llevarlo a cabo y de los recursos necesarios para el cumplimiento de las actividades pautadas.

- *Séptimo paso:* Especificar los métodos y procedimientos que permitirán mantener un control continuo sobre las actividades pautadas, verificar que se están llevando a cabo según lo planteado y constatar que se están obteniendo los resultados esperados en el momento previsto. Además, se deben incluir las instrucciones respecto a cuándo proceder a introducir modificaciones en la planificación. Asimismo, se deben detallar las técnicas que se utilizarán para la evaluación global del programa y señalar en forma precisa los criterios y dimensiones a considerar para ello.

2.7.2.3. Comprobación y Revisión del Programa

Consiste en ejecutarlo de forma experimental, para verificar su adecuación y poder efectuar las modificaciones necesarias.

2.7.2.4. Implantación

Consiste en la puesta en marcha del programa, en otras palabras, en el desarrollo de cada una de las actividades contempladas, siguiendo los procedimientos pautados y efectuándolas en los momentos previstos.

2.7.2.5. Seguimiento

Es la supervisión continua y permanente durante la implantación del programa, es decir, el control de cada actividad con la finalidad de realizar correcciones y modificaciones necesarias durante su ejecución.

2.7.2.6. Control de la Ejecución

Determinar, una vez implantado el programa, el grado éxito alcanzado, es decir, verificar en qué medida los resultados obtenidos corresponden con los objetivos planteados.

2.7.3. ELEMENTOS QUE CONFORMAN UN PROGRAMA

De acuerdo a Guevara (2005), los elementos que debe contener un programa son los siguientes:

2.7.3.1. Introducción

Constituye la primera parte del programa y contiene información acerca del marco teórico que le sirve de fundamento, las cuales orientan las acciones que se contemplan en el programa. Así mismo, debe contener las razones que justifican las necesidades y la conveniencia de su implantación, las cuales deben estar respaldadas en los datos obtenidos a través del estudio diagnóstico de la situación y de los argumentos que sirvan de base a la propuesta del programa. Asimismo, contempla la definición de las políticas que regirán la programación, las cuales establecen las estrategias o directrices que determinan los propósitos que se persiguen, los medios que se emplearán para ello y las acciones que se pondrán en práctica.

2.7.3.2. Objetivos Generales

Los objetivos generales son la expresión de los fines perseguidos a través del desarrollo de un programa particular y están determinados por las políticas previamente establecidas. Un programa puede pretender el logro de varios objetivos generales, los cuales deben alcanzarse sin que la prosecución de alguno interfiera con los restantes. A su vez, cada objetivo general pautado deberá derivar una serie de objetivos específicos, expresados en términos de resultados concretos, cuyo logro en conjunto permitirá el cumplimiento de dicho objetivo general planteado.

2.7.3.3. Objetivos Específicos

Los objetivos específicos son planteamientos derivados de los objetivos generales y constituyen guías para las acciones por realizar a corto plazo. Asimismo, deben proceder de un estudio de las prioridades relacionadas con los objetivos generales y confluir en la elaboración de planes lógicos, consistentes y prácticos que aseguren el logro de los resultados esperados. El establecimiento de los objetivos específicos es una de las etapas fundamentales y determinantes de todo proceso de planificación. En vista de esto, se describirán los principios y criterios propuestos por la autora para la elaboración de objetivos.

2.7.3.3.1. Principios para la Formulación de Objetivos

Principio de Objetividad: Alude a la importancia de definir los objetivos de forma clara y precisa de forma que impida que distintas personas puedan hacer

interpretaciones diferentes de su significado. En este sentido, resulta importante destacar lo planteado por Maguer (1977 citado por Guevara, 2005) quien plantea la necesidad de asegurar de que el planteamiento de los objetivos describa un resultado esperado y no un proceso o actividad que se proponga como medio para alcanzar la meta deseada.

Principio de Precisión: De acuerdo a Reyes Ponce (1982 citado por Guevara, 2005) consiste en plantear los objetivos de forma que se determinen con toda claridad las cosas concretas que se desean alcanzar, señalando cantidad, momento, calidad y formas, entre otras. El autor sugiere que los objetivos sean planteados, siempre que sea posible de forma cuantitativa, y de no ser así, se defina el mayor número posible de criterios, registros, etc., de forma tal que sea factible, al momento de ejercer el control, determinar si se logró o no el objetivo.

Principio de Participación: Alude a la importancia de que en la definición de los objetivos intervengan todos aquellos que de alguna forma puedan facilitar su formulación, considerando la afirmación de que distintos puntos de vistas en el planteamiento de los mismos pueden resultar más válidos y eficaces ya que se toman distintos criterios y enfoques.

Principio de Divulgación: Consiste en la obligación de comunicar o divulgar los objetivos de la programación con la finalidad de evitar expectativas erróneas respecto a lo que se espera del programa.

2.7.3.3.2. Criterios para la Formulación de Objetivos

Por su parte Steiner (1986 citado por Guevara 2005), contempla varios criterios a considerar a la hora de establecer objetivos:

Convenientes: Aquellos que apoyan los propósitos básicos comunitarios.

Factibles: Su formulación ha de depender de que exista la garantía de contar con los recursos y facilidades necesarios para su logro.

Aceptables: Han de ser cónsonos con el marco teórico de referencia.

Flexibles: Han de tener la posibilidad de ser modificados cuando se presenten contingencias inesperadas que dificulten el logro de los mismos, tal como fueron propuestos.

Motivadores: Deben representar un reto para los responsables de cumplir con la programación.

Comprensibles: Expresados en términos sencillos y claros, de modo que sean entendidos por las personas involucradas en su logro.

Obligatorios: Una vez establecidos se establece el compromiso de hacer todo lo necesario y razonable para su logro.

Relacionados: Los objetivos específicos deben estar relacionados con los objetivos generales planteados.

Asimismo, Guevara (2005) plantea las siguientes sugerencias para la formulación de objetivos: a) deben fijarse por escrito; b) deben especificar: “*qué*” y “*cuándo*” y no “*para qué*” o “*cómo*”; c) deben especificar un solo resultado, y d) deben ser el producto de un análisis de costo-beneficio. En síntesis, los objetivos son planteamientos que deben describir exactamente “*adónde*” se debe llegar y/o “*qué es*” lo que debemos obtener.

2.7.3.4. Actividades y Procedimientos

Las actividades comprenden las tareas concretas que se deben llevar a cabo para el logro de los objetivos planteados en el programa. Su determinación permite conocer qué debe hacerse y cuál es el orden deseable para su ejecución. Por su parte, los procedimientos constituyen la descripción de los pasos necesarios para completar las actividades previstas. De acuerdo a Koontz y O'Donnell (1976 citados por Guevara, 2005), los procedimientos son un tipo de plan en donde se prescribe el método que debe seguirse para realizar las actividades y, en consecuencia, conforman las guías para la acción por lo que deben detallar de forma exacta la manera en que las tareas han de llevarse a cabo, especialmente la secuencia cronológica de las acciones requeridas.

2.7.3.5. Tiempo y Recursos

La previsión de los recursos (materiales, financieros, técnicos y humanos) constituyen parte esencial de los programas, por ello debe pormenorizarse para cada actividad los equipos, instrumentos, materiales y personal para su realización.

El cronograma de actividades conforma otro aspecto importante, el cual consiste en la especificación del tiempo previsto tanto para la realización de todas y cada una de las tareas planificadas, como acerca del tiempo total estimado para el cumplimiento del programa.

2.7.3.6. Evaluación

Esta constituye la última etapa del programa cuya elaboración debe haber contemplado las etapas previamente planteadas. Dentro del procedimiento de evaluación Jahoda y Barnitz y (1955 citados por Guevara (2005), identifican cinco pasos metódicos a mencionar: 1° definición de los objetivos del programa; 2° elección de los criterios y de los métodos para su evaluación; 3° determinación de una estructura lógica del procedimiento; 4° obtención de los datos; y 5° análisis de los datos.

De acuerdo a Guevara (2005) para la evaluación de un programa es necesario especificar lo siguiente: a) criterios, normas o índices de rendimiento e instrumentos para evaluar todos y cada uno de los objetivos específicos del programa; b) actividades y momentos que se prevén como punto de control; y, c) criterios, índices de rendimiento y procedimientos por medio de los cuales se valorará el programa en su totalidad.

Como puede observarse, la evaluación como estructura y/o parte del programa es considerada como un procedimiento a aplicar luego de la implantación del programa. En vista de que la presente investigación considera la evaluación como un proceso continuo y permanente se hará énfasis al respecto en el próximo apartado.

2.8. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

La evaluación de programas de acuerdo a Fernández-Ballesteros (1992 citado por León y Montero, 1997) se define como una sistemática investigación del mérito, valor o éxito de tratamientos o intervenciones concretas llevadas a cabo con la finalidad de producir cambios comportamentales en el contexto social.

De acuerdo con Fernández-Ballesteros (1996) y Machado y Blanco (s.f. citados por Guevara, 1995) el proceso de evaluación de programas comprende su valoración, específicamente en referencia a la consideración de la pertinencia y adecuación del mismo.

La evaluación de programas según Aguilar y Ander-Egg (1994), es una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida, orientada a identificar, obtener y proporcionar de forma válida y fiable, datos e información suficiente y relevante, en que apoyar un juicio respecto al mérito y valor de los distintos componentes de un programa (tanto en la fase de un diagnóstico, diseño o ejecución), o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán, con la finalidad de producir efectos y resultados concretos, de forma tal que sirva de base o de guía para una toma de decisiones para solucionar problemas.

Respecto a esto último, Diéguez (1990 citado por Álvaro y Buela-Casal, 1997) señala que la evaluación de programas supone un proceso continuo y dinámico que implica tomar alguna de las siguientes decisiones: mantener, suprimir o corregir el programa.

En este mismo orden, el Servicio de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales de la UNESCO, SIEMPRO (1999 citado por Matos, 2005), afirma que la evaluación de programas es un proceso permanente y continuo de indagación y valoración de la planificación y ejecución del mismo que se inicia en el mismo momento de identificar el problema que le da origen y acompaña toda la vida del mismo hasta finalizar su ejecución.

2.8.1. OBJETO EN LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

El objeto en evaluación de programas difiere en lo que respecto a su complejidad y el contexto físico en el que se establece, en este sentido, se puede establecer dos características diferenciadoras del objeto a evaluar: complejidad de sus elementos constituyentes y de los contextos de aplicación (Fernández-Ballesteros, 1994 citado por Fernández-Ballesteros, 1996).

Así, considerando la complejidad de los elementos de que conforman el objeto a evaluar, ellos difieren en función de una dimensión de molaridad/molecularidad. En el nivel de mayor complejidad y molaridad se encuentran las políticas, las cuales pueden ser evaluadas a través de la evaluación de sus elementos constituyentes, esto es subprogramas y acciones que lo conforman (Fernández-Ballesteros, 1996).

2.8.2. FUNCIONES DE LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Fernández-Ballesteros (1996), plantea que la función de la evaluación de programas depende del “para qué” de la misma. En este ámbito, la autora señala que entre las funciones de la evaluación se encuentran: estimar la eficacia y eficiencia del programa, justificar decisiones que se tomaron respecto a él en términos de políticas adoptadas y subprogramas que lo articulan, contrastar teorías y, como función esencial tomar decisiones en torno a su continuidad, modificación o eliminación.

En este sentido, Musto (1975 citado por Guevara 2005), señala que la función fundamental de la evaluación es de la retroalimentación y agrega que la evaluación es un elemento indispensable, constituyente e integrante de la totalidad del proceso decisorio paralelo a la ejecución de un programa ya que a lo largo del mismo se requiere tomar decisiones “directivo-reguladores”.

Así, Fernández-Ballesteros (1990 citado por Guevara, 2005) plantea la necesidad de reconocer que la evaluación no se puede ubicar en un momento preciso del proceso de toma de decisiones, esto es luego de implantado el programa, sino que deben realizarse varios tipos de evaluaciones, conectadas con distintos momentos de la ejecución del mismo; y agrega que la evaluación permite verificar que tan claro y preciso se han formulado los objetivos y otros elementos del programa, en otras palabras, extraer conclusiones respecto a la calidad de la planificación y/o diseño del programa.

2.8.3. FASES DEL CICLO DE PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL

La evaluación de programas supone una nueva disciplina aplicada de las ciencias sociales mediante el cual se pretende dar cuenta del mérito, valor y/o éxito de determinadas intervenciones (programas, servicios, entre otros) implantadas en una realidad social. Esta disciplina está asociada con una idea fundamental de planificación y programación social (Fernández-Ballesteros et al., 1989).

De acuerdo a Fernández-Ballesteros et al. (1989), la planificación social comporta la elaboración de planes para la acción futura acerca de los recursos sociales. En este sentido, Guevara (2005) señala que la planificación consiste en la elaboración de

planes que orientan las acciones necesarias para el alcance de los objetivos trazados durante la fase de previsión.

La evaluación de las acciones sociales es una forma de ejercer control sobre la planificación de forma que progresivamente mejore sus resultados. En este sentido, Fernández-Ballesteros y col. (1989), afirman que si bien la evaluación supone una derivación de la planificación, no es comprensible una planificación sin establecer, a su vez, planes de evaluación, ya que es su mecanismo corrector. Asimismo, señalan que no es posible una buena evaluación sin una adecuada planificación, así como no puede darse una completa planificación sin que se contemple su evaluación.

En seguimiento con lo planteado por los autores mencionados, a continuación se expondrá brevemente el ciclo de planificación y acción social con el objetivo de ubicar en él la evaluación.

Así, las fases fundamentales del ciclo de planificación e intervención son (Fernández-Ballesteros et al., 1989):

2.8.3.1. Identificación del Problema y Necesidades

Toda intervención social se programa con la finalidad de atender ciertas necesidades sociales y, por tanto, de eliminar o aliviar los problemas que la generan (Fernández-Ballesteros et al., 1989). La identificación del problema y/o necesidades consiste en estudiar la situación que se intenta modificar, la cual puede realizarse a través de investigaciones, encuestas, estudios de datos, entre otros (Guevara, 2005).

2.8.3.2. Planteamiento de Objetivos

Basándose en el estudio de las necesidades, el planificador ha de plantearse unos objetivos determinados, los cuales deberán ser especificados en unos más concretos. Su planteamiento es de suma importancia a la hora de establecer el valor de la intervención ya que podrían ser un criterio valorativo (Fernández-Ballesteros et al., 1989).

2.8.3.3. Preevaluación Potencial

El planificador ha de plantearse qué acciones o intervenciones han de ser planificadas con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados y atender las necesidades existentes. Así, previo a cualquier implantación es preciso llevar a cabo un

estudio acerca a cuáles son los mejores medios para responder a las necesidades y/o objetivos propuestos. En este sentido, ha de existir una teoría del programa en cuestión por la cual se supone que unos medios concretos sirven para resolver los problemas existentes y para alcanzar los objetivos planteados (Fernández-Ballesteros et al., 1989).

En este momento el planificador está realizando una preevaluación del programa que pretende implantar, ya que están estableciéndose determinadas relaciones funcionales entre unas acciones asistenciales (actividades y procedimientos, recursos, etc.) y los objetivos que se pretenden alcanzar, suponiendo que esas acciones tendrán valor en el sentido de lograr ciertos efectos y/o adecuado para atender unas necesidades (Fernández-Ballesteros et al., 1989).

2.8.3.4. Diseño del Programa

Especificar su estructura, proceso, temporalización y las unidades que habrán de recibirlo son tareas vitales en este ciclo de toma de decisiones del diseño (Fernández-Ballesteros et al., 1989).

2.8.3.5. Implantación del Programa

Una vez planificada una acción debe ser llevada a cabo en los términos que fue prevista. El conocimiento de la extensión (en términos de unidades, tiempo y elementos de lo programado) en la que un plan determinado se ha llevado a cabo es fundamental en el momento de evaluar (Fernández-Ballesteros et al., 1989).

2.8.3.6. Evaluación de Resultados

En esta fase, la evaluación alude a aquella que se realiza al finalizar la implantación del programa para valorar la eficiencia y eficacia del mismo (Fernández-Ballesteros et al., 1989).

2.8.3.7. Toma de Decisiones sobre el Programa

Como se ha mencionado, una de las funciones de la evaluación consiste en la toma de decisiones dentro del ciclo de programación e intervención social, lo que le otorga su papel de flexibilidad como mecanismo de reajuste del proceso de planificación social. En este sentido, se toman decisiones respecto a su modificación y/o corrección.

2.8.4. PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

De acuerdo a Carballo (1996), la evaluación puede abarcar todas las etapas del desarrollo de un programa: desde la previa toma de decisiones sobre el tipo de programa que se implantará, hasta su diseño, ejecución y resultados. La evaluación se constituye así en el núcleo del programa y no se efectúa en un solo momento sino a lo largo de todo el proceso, proporcionando información para las decisiones que se van tomando en su puesta en acción y desarrollo, así como al final del mismo.

Así, para poder realizar una evaluación es necesario cumplir con los siguientes requisitos (Rodríguez, 1993 citado por Carballo, 1996): a) los objetivos han de estar formulados explícitamente; b) se han de establecer los indicadores o criterios de valoración; y, c) la evaluación ha de estar prevista desde el inicio del programa.

Por lo tanto, a la hora de planificar una evaluación es elemental conocer qué aspectos del programa deben ser evaluados, ya sean estos asociados al contexto en que se desarrolla el programa, a la forma en que se ha sido diseñado y estructurado, a cómo se implanta o a qué resultados se llega como producto de todo ello (Carballo, 1996). En palabras de Juste (1992 citado por Rodríguez y Álvarez, 2005), la evaluación de programas abarca tres dimensiones de estudio: el programa en sí mismo o evaluación del diseño, el programa en su desarrollo y el programa en sus resultados.

2.8.5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La evaluación de programas es concebida como un proceso de recogida, análisis e interpretación de la información que va ser utilizada como soporte para la toma de decisiones en base a un juicio de valor (Cabrera, 1987 citado por Carballo, 1996). En este sentido, Carballo (1996), señala que la evaluación en cuanto proceso sistemático de recogida, análisis e interpretación de información, se identifica con una actividad científica, con un proceso de búsqueda disciplinada de conocimiento. Así, el juicio de valor en la que se basa la evaluación supone la comparación de la información con un estándar o punto de referencia, en otras palabras, con un criterio.

En este sentido, Fernández-Ballesteros (1996), señala seis tipos de juicios valorativos que suelen establecerse para la evaluación de programas:

1. *Pertinencia* definida como la medida en la cual un programa responde a unas necesidades concretas de la población atendida.
2. *Adecuación* definida como la medida en la cual los contenidos del programa son apropiados para la población bajo estudio.
3. *Suficiencia* definida como la medida en la cual las acciones establecidas puede ser suficientes para conseguir los objetivos que se persiguen.
4. *Progreso* definida como aquella que se realiza durante la implementación del programa pretendiendo examinar cómo éste está actuando.
5. *Eficiencia* la cual alude a la relación entre valor de los resultados obtenidos y de los medios para su consecución.
6. *Eficacia* que supone la medida en la cual existen pruebas de que los objetivos establecidos en el programa se han logrado.

2.8.6. TIPOS DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

De acuerdo a Bausela (2003) no existe un modelo generalizado de investigación evaluativa, por lo que clasificación de los enfoques en la evaluación de programas ha originado una abundante literatura, distinguiéndose desde 1975 ocho tipologías con un resultado de cincuenta categorías (De la Orden, 1985 citado por Bausela, 2003).

En vista de esto, se hará una exposición concisa basada en los siguientes criterios por considerarlos pertinentes en la presente investigación, a saber: momento en que se realiza la investigación, finalidad de la evaluación, relación del evaluador con el programa, objeto de la evaluación, aspectos a evaluar, áreas a evaluar y teoría de evaluación subyacente. Es de destacar que los mismos son complementarios e incluyentes más allá de ser excluyentes el uno del otro. A continuación se detallan los tipos de evaluación de programas.

2.8.6.1. Momento en que se Realiza la Evaluación

2.8.6.1.1. Evaluación Formativa o de Proceso

Es la realizada durante la elaboración o diseño del programa, en donde se evalúa de forma minuciosa y rigurosa sus elementos constituyentes. Esta evaluación tiene como

objetivo principal la mejora o perfeccionamiento del programa (Fernández-Ballesteros, 1996).

2.8.6.1.2. Evaluación Sumativa o de Impacto

Es la evaluación que se lleva a cabo una vez finalizado el programa. Su finalidad no sólo abarca mejorar el programa sino la de evaluar costo-beneficios y justificación de políticas (Fernández-Ballesteros, 1996).

2.8.6.2. Finalidad de la Evaluación

2.8.6.2.1. Evaluación Proactiva

Hace alusión a la evaluación con fines a la toma de decisiones sobre el programa en términos de mejorarlo (Fernández-Ballesteros, 1996).

2.8.6.2.2. Evaluación Retroactiva

Se refiere a la evaluación con el propósito de estimar costo-beneficios del programa (Fernández-Ballesteros, 1996).

2.8.6.3. Relación del Evaluador con el Programa

2.8.6.3.1. Evaluación Desde Dentro

Es aquella evaluación que se realiza por las mismas personas que elaboran o diseñan el programa. Este tipo de evaluación tiene las siguientes ventajas: optimiza la mejora del programa, bajo costo, mayor influencia sobre el programa y minimiza la reactividad de los sujetos.

2.8.6.3.2. Evaluación Desde Fuera

Es aquella evaluación realizada por personas ajenas a la elaboración del programa. Este tipo de evaluación tiene las siguientes ventajas: maximiza la objetividad, maximiza el uso de tecnología dura en términos de diseño e instrumentos, maximiza el uso de estándares y maximiza la credibilidad social (Fernández-Ballesteros, 1996).

En vista de este último, resulta importante destacar una estrategia dentro del ámbito de la evaluación de programas desde fuera: la validación social, la cual se expondrá en el siguiente apartado (Fernández-Ballesteros, 1996).

2.8.6.3.2.1. Validación Social

Entre uno de los estándares principales a la hora de evaluar un programa se encuentra la estimación de la adecuación de la misma en el término de que si responde o no a las necesidades de la realidad social a la que va dirigida.

En este sentido, Guevara (2005) propone la estrategia de validación social para la estimación del valor de un determinado programa definida como la verificación de la significación social de un programa de cambio. Constituye una táctica para indagar si las expectativas de quienes elaboran el programa se cumplen o no. Asimismo, esta validación puede utilizarse como un medio para apoyar la selección de objetivos socialmente relevantes, para el desarrollo de actividades y procedimientos aceptables y de la obtención de efectos importantes para las personas, en otras palabras, conforma una estrategia útil para valorar la adecuación y pertinencia del diseño de un programa.

2.8.6.4. Objeto de Evaluación

2.8.6.4.1. Evaluación Continua

La evaluación es continua si cubre cada una de las fases en la conformación de un programa. Este tipo de evaluación resalta la importancia de realizar verificaciones frecuentes durante el desarrollo o elaboración del programa, ya que si las actividades evaluativas se enfocan solamente en los resultados, el proceso no permitirá llegar a una valoración adecuada de lo juzgado, además no aportará lo suficiente a la toma de decisiones ya que no arrojará información respecto de los factores que determinaron el éxito o fracaso, definidos como la obtención o no de los objetivos planteados (Guevara, 2005).

2.8.6.4.2. Evaluación Acumulativa

La evaluación es acumulativa si contempla en cada etapa, la valoración de las fases previas, es decir, la estimación del valor del programa en su totalidad (Guevara, 2005).

2.8.6.5. Aspectos a Evaluar

2.8.6.5.1. Evaluación del Diseño y Conceptualización del Programa

Esta evaluación se basa en juzgar la pertinencia y potencial de un programa, considerando básicamente la coherencia interna entre sus distintos componentes. En este tipo de evaluación considera tres aspectos fundamentales: la evaluación del estudio-investigación, la evaluación del diagnóstico y la evaluación del diseño y concepción del programa (Aguilar et al., 1994).

Asimismo los autores mencionados, consideran que evaluar el diseño y concepción del programa es evaluar el modelo de intervención al que se acude para resolver determinada situación problemática. En este sentido, dependiendo de cuales sean las estrategias de acción, las actividades propuestas, de los métodos, técnicas y procedimientos que se propone en el programa a utilizar, debe evidenciarse el modelo o paradigma subyacente. Así, la evaluación durante el diseño del programa ha de comprender la evaluación de los elementos que conforman el programa.

De acuerdo a Pichardo (1993 citado por Matos, 2005), la evaluación del diseño del programa pretende medir el potencial del impacto social para lo cual es conformado, es decir, busca evaluar la viabilidad de generar el impacto social en función del mayor efecto y seguridad, lo que permitirá tomar la decisión de implementar o no el programa.

2.8.6.5.2. Evaluación de la Instrumentación y Seguimiento del Programa

Esta evaluación se centra en juzgar cómo está funcionando el programa mientras se está ejecutando. Los componentes a ser evaluados, asociados con el funcionamiento y con los servicios ofrecidos, comprenden, en primer lugar, la cobertura del programa, es decir, en qué medida alcanza a la población a la que va dirigida, si llega a la población destinataria y en qué medida se cubre el área de actuación, si tiene una cobertura efectiva (Aguilar et al., 1994).

En segundo lugar, los aspectos técnicos de la implantación, en otras palabras, como se operacionaliza el programa, si está alcanzando los objetivos, resultados o efectos esperados; así como los aspectos estructurales y funcionales del organismo responsable del programa (si favorece o dificulta la puesta en marcha del programa). Por

último, el rendimiento del personal responsable de llevar a cabo el programa (capacidad, competencia, habilidad) (Aguilar et al., 1994).

2.8.6.5.3. *Evaluación de la Eficacia (resultados) y la Evaluación de la Eficiencia (rentabilidad)*

La evaluación de la eficacia tiene como finalidad valorar en qué medida se están alcanzando los resultados previstos en el programa. En este sentido, resulta vital evaluar los resultados en términos de usuarios/beneficiarios del programa (evaluación de impacto) (Aguilar et al., 1994).

La evaluación de la eficiencia o rentabilidad económica de un programa se basa en el análisis del costo del programa en relación a los resultados que se han obtenido. En este sentido, existen tres tipos de análisis: costo-eficacia, costo-utilidad y costo-beneficio (Aguilar et al., 1994).

2.8.6.6. **Áreas a Evaluar**

2.8.6.6.1. *Evaluación de la Planificación y Diseño del Programa*

Esta evaluación pretende dar respuesta al rigor con que se ha llevado a cabo en el proceso comprendido desde el momento de la decisión del abordaje de un problema concreto hasta el momento de la finalización del diseño del programa y, por lo tanto, del comienzo de su implantación (Hernández, 1996).

En este orden de ideas, Martínez (1996 citado por Bausela, 2003) señala que la evaluación de la planificación del programa permite el estudio de las necesidades de la población en cuestión, proporciona información necesaria para la toma de decisiones con el fin de determinar los objetivos del programa y el procedimiento para el alcance de los mismos.

Así, el primer paso consiste en la evaluación de necesidades con el propósito de determinar cuál es el alcance del programa, si éste es realmente acuciante para la población potencialmente beneficiario, en otras palabras, valorar si el diseño del programa y, por tanto, el empleo de recursos para solucionar el problema es pertinente (Fernández-Ballesteros citado por Hernández, 1996).

Un segundo paso lo conforma el análisis de los objetivos del programa, en donde el evaluador comprueba si los objetivos del programa están definidos de forma clara y específica, de forma que se puedan extraer de ellos indicadores que permitan su evaluación, que no sean incompatibles en su logro y que tengan especificadas la temporalización de su cumplimiento (Fernández-Ballesteros citado por Hernández, 1996).

Un tercer paso, lo conforma el análisis de las actividades, recursos y procedimientos en términos de suficiencia y adecuación para el alcance de los objetivos, en otras palabras, evaluar su potencial eficacia en el logro de los objetivos (Hernández, 1996).

2.8.6.6.2. *Evaluación Formal del Programa*

Esta evaluación implica el análisis de la documentación que soporta a tal programa. En este sentido, se analiza cual es la estructura teórica que sustenta la intervención, ya que lógicamente un programa debe apoyarse en unos supuestos teóricos que avalen la elección en cuanto al modo de abordar el problema (Hernández, 1996).

La elección del planificador y/o diseñador del programa ha de basarse en indicios teóricos y, sobre todo empíricos que garanticen la utilidad de las intervenciones propuestas. Es tarea del evaluador comprobar que, desde ese punto de vista teórico, el programa es lo suficientemente consistente (Hernández, 1996).

Por último, dentro de esta tarea, ha de examinarse el grado de definición estructural del programa en cuanto a la especificación pormenorizada de las unidades, personas y momento en que han de implantarse cada una de las acciones previamente establecidas. Esta tipo de verificación permitirá al evaluador emitir juicio respecto el grado de definición del programa bajo la premisa de que un programa tendrá mayor calidad cuanto mayor sea el grado de precisión en su descripción, ya que esto permitirá que aumente su replicabilidad y, por ende, su aplicabilidad con independencia de las personas que lo diseñaron y su utilidad en futuras intervenciones destinadas a paliar el mismo problema (Hernández, 1996).

2.8.6.6.3. *Evaluación de la Implantación*

Esta evaluación tiene como objetivo la verificación de que el programa está siendo recibido por aquellas personas a quienes estaba dirigido (Hernández, 1996).

2.8.6.6.4. Evaluación de los Resultados

Esta evaluación consiste en comprobar de que los resultados que se obtienen tras su implantación indican la mejoría en el problema que pretendía abordar, es decir, la reducción del estado de necesidad de los usuarios del mismo.

2.8.6.7. Teoría de Evaluación Subyacente

De acuerdo a Martínez (2002), la evaluación considerando la teoría subyacente puede ser de dos tipos:

2.8.6.7.1. Evaluación desde la teoría Descriptiva o Normativa

La evaluación desde la teoría descriptiva o normativa proporciona guías acerca de que objetivos generales y específicos deben intentar conseguirse y deben ser examinados, y cómo debe diseñarse el tratamiento y planificarse su realización. Asimismo, proporciona justificación para la estructura y actividades del programa, guía la planificación, la formulación y la realización del programa. Requiere de la consistencia entre la estructura teórica del programa y la estructura funcional del programa para ser valorada. El objetivo de esta evaluación es proporcionar información para mejorar la estructura de los programas, los tratamientos y sus objetivos.

2.8.6.7.2. Evaluación Prescriptiva o Causativa

La evaluación desde la teoría prescriptiva o causativa ofrece información sobre el impacto generado por el programa y sobre cómo dichos impactos fueron generados. El objetivo principal de esta evaluación es valorar las relaciones entre los tratamientos, los medios en donde realizan y los logros.

2.8.7. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Machado et al. (s.f. citado por Guevara, 2005), plantean las siguientes estrategias de evaluación:

2.8.7.1. Evaluación por Objetivos

De acuerdo a las autoras, consiste en evaluar los objetivos para cada programa o subprograma que lo constituye en base a un estudio de las características y necesidades a la cuales van dirigidas.

2.8.7.2. Evaluación por Actividades

De acuerdo a Brown (1987 citado por Guevara, 2005) consiste en evaluar la pertinencia de las actividades y procedimientos del programa en consideración de los objetivos por alcanzar.

2.8.7.3. Evaluación por Juicio de Expertos

La evaluación por juicio de experto consiste en la preparación de un esquema que incluya los elementos y/o criterios que deben ser juzgados en el programa por expertos (Guevara, 2005).

Como se ha mencionado anteriormente, la evaluación consiste en emitir juicios de valor o adjudicar valor a un programa y/o intervención. En este sentido, el juicio de expertos podría definirse como un conjunto de opiniones que pueden brindar un conjunto de profesionales de una disciplina asociada al programa el cual se está evaluando respecto al valor o mérito de los elementos que lo constituyen.

2.8.7.4. Evaluación por Revisión Teórica

Consiste en evaluar la teoría de la cual se basa el diseño del programa. Todo programa debe contener explícita o implícitamente (mediante las actividades propuestas) una teoría asociada al problema que intenta modificar o minimizar.

2.8.7.5. Evaluación por Comparación con otros Programas

Consiste en evaluar el programa comparándolo con otro programa en términos de objetivos formulados, actividades propuestas, recursos que dispone, personal involucrado y resultados logrados (Guevara, 2005).

2.8.7.6. Auditoría

Consiste en ir verificando si las actividades que se desarrollan durante el programa, coincide con lo planificado y determinar los casos en los que no se cumplieron o se alteraron los procedimientos preestablecidos (Guevara, 2005).

2.8.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Según Arco, Buena-Casal y Justicia (1997) la elección de las técnicas e instrumentos de recolección de datos se asocia al tipo de evaluación que se va a realizar. Por su parte Hernández (1996), señala que aun cuando cualquier técnica que aporte información puede ser válida, las técnicas de recogida de información más usadas en evaluación de programas son la entrevista, la encuesta, la consulta a documentos, las técnicas de autoinforme, las técnicas de observación y las técnicas cualitativas.

La Entrevista: Es una técnica útil, la cual ha de ser dispuesta de la forma más estructurada posible y con conocimiento documental previo sobre los pormenores del programa. El objetivo que persigue es la obtención del máximo de información útil de la persona entrevistada (Hernández, 1996).

La Encuesta: De acuerdo a Hernández (1996), la encuesta es un medio útil ya que permite mediante un adecuado uso de técnicas de muestreo conocer el alcance de un determinado problema. En este sentido, es de gran utilidad para juzgar la pertinencia de un programa, específicamente para la consulta a expertos ajenos tanto al programa como a la organización que lo dispensa.

La Consulta de Documentos (datos de archivo, revistas científicas): Provee información fundamental acerca de la determinación de las necesidades, ya que aporta datos de prevalencia e incidencia de los problemas de salud. Asimismo, puede aportar datos acerca de otros programas existentes en el campo de salud que podría ser de utilidad a la hora de diseñar el programa (Hernández, 1996).

Técnicas de Autoinforme: Es una técnica fundamental cuando la evaluación va dirigida hacia el conocimiento de la situación de los usuarios o población a la cual va dirigida el programa. Resulta útil para detectar las necesidades de la población de referencia y para conocer la eficiencia del programa una vez implantado el mismo (Hernández, 1996).

Técnicas observacionales: Posibilita un estudio sistemático y riguroso de los medios que se dispone para alcanzar los objetivos, así como el grado de cumplimiento de las acciones contempladas durante la implantación del programa (Hernández, 1996).

Técnicas Cualitativas: Son útiles para obtener datos consensuados de las necesidades de la población (mediante la búsqueda del acuerdo sobre los aspectos más importantes del problema entre expertos ajenos del programa, a través de la técnica Delphi), sobre el grado de implantación y sobre la eficacia y efectividad del programa (a través de la búsqueda de tal acuerdo entre los receptores del programa, a través de la técnica de grupos de discusión) (Hernández, 1996).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infertilidad es una condición que afecta a múltiples parejas que desean tener un hijo (a) y no lo logran, la cual se encuentra asociada generalmente a algún factor biológico que disminuye las probabilidades de éxito de embarazo, en términos de que se produzca o se mantenga. De acuerdo con la American Society for Reproduction Medicine (2004) la infertilidad es concebida, como una enfermedad que inhibe la reproducción, debido a una interrupción estructural y/o funcional de algún órgano o sistema, o combinación de las mismas, que se manifiesta en un conjunto de signos y síntomas.

Las tasas de incidencia de la infertilidad, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2006), se estiman alrededor del 8% y el 10% de las parejas a nivel mundial (las tasas mundiales de infertilidad actuales se mantienen "similares" a las de hace 20 años, tal y como ha evidenciado un análisis de 277 encuestas nacionales dirigido por la Organización Mundial de la Salud).

Según el género, la infertilidad se asocia en un 40% de los casos con el sexo femenino, en un 40% al sexo masculino y asociado a ambos miembros de la pareja en un 20% (Llavona et al., 2003). Las causas de la infertilidad son múltiples, pudiendo estar asociadas específicamente en el caso de la mujer, con la edad, factores neuroendocrinos, factores ováricos, factores tuboperitoneales, cervicales, uterinos e inmunológicos. Asimismo, podría estar asociada a la endometriosis, al embarazo ectópico y a la pérdida gestacional recurrente (Pérez, 2003).

Entre los factores etiológicos asociados a la infertilidad en el hombre se encuentran la edad, azoospermia, la oligospermia, anomalías estructurales de los espermatozoides, causas anatómicas, disfunción eréctil, problemas inmunológicos, alteraciones endocrinas y la infertilidad inexplicada o idiopática (SEF, 2003).

Si bien son múltiples los factores biológicos asociados, en la infertilidad se identifica la influencia de otros factores tales como los psicológicos, sociales y ambientales. En este sentido, tal y como plantea Godoy (1999) en relación con la interdependencia entre la salud y enfermedad como un proceso de relaciones dinámicas

y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, económicos, culturales).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2006), la infertilidad es una enfermedad crónica. A este respecto, Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila (2008), señalan que la infertilidad genera un elevado impacto psicológico en quienes la padecen dados ciertos parámetros implícitos (conocimiento de padecer una enfermedad, sometimiento a un tratamiento médico, alteraciones en la vida cotidiana, entre otros).

En una revisión de la literatura especializada en el área de la infertilidad, se ha encontrado que son diversos los autores que afirman la existencia de factores psicológicos asociados a la infertilidad (Rosenfeld y Nitchell, 1979; Leader, 1984; Abbey, Andrews y Halman, 1995; Greil, 1997; Land, Courtar y Evers, 1997; Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Ardenti, Campari, Agazzi, La Sala, 1999; Lukse y Vacc, 1999; Oddens, Tonkelar, Niuwenhuyse, 1999; Pook, Krause y Röhrle, 1999; Daniluk, 2001; Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Boivin, 2003; Merari, Chetrit y Modan, 2003; Brucker y Mckenry, 2004; Domar, 2004).

Entre los factores psicológicos asociados se encuentran altos niveles de estrés, lo cual aumenta la vulnerabilidad de presentar conductas de ansiedad y depresión (Oddens, Tonkelar, Niuwenhuyse, 1999), siendo las conductas más frecuentes en parejas con problemas de infertilidad bajo TRA (Ardenti, Campari, Agazzi, La Sala, 1999; Oddens, Tonkelar, Niuwenhuyse, 1999; Boivin et al., 2001; Moreno et al., 2007).

La presencia de tales factores psicológicos pueden a su vez conllevar a un deterioro en el funcionamiento biológico, individual y de pareja, afectando la satisfacción y el ajuste marital (Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004). Asimismo, pueden generar pérdida del deseo sexual e incapacidad para alcanzar el orgasmo (Leader, 1984; Rosenfeld y Mitchell, 1979).

Pook, Krause y Röhrle (1999) afirman que el estrés puede causar cambios hormonales que afectan el sistema reproductivo tanto en el hombre como en la mujer. En este sentido, Domar et al., (2000), reportan que el estrés puede inhibir la segregación de la gonadotropina afectando adversamente la ovulación, la fertilización o la implantación

del embrión. Asimismo, en un estudio realizado por Fanchin et al., (2000), se confirmó que altos niveles de ansiedad se correlacionan con el aumento en la frecuencia de contracciones uterinas que podrían impedir la implantación del embrión en el útero.

En el caso del hombre, estudios han comprobado que el estrés tiene un impacto negativo en la calidad del semen en el hombre en términos de concentración, motilidad y morfología (Clarke, Klock, Geoghegan y Travassos, 1999; Pook, Krause y Röhrle, 1999). Además, de acuerdo a Boivin, Takefman, Brender y Tulandi (1992), los hombres diagnosticados con problemas de infertilidad pueden desarrollar impotencia selectiva cuando se requieren relaciones sexuales o muestras de semen en períodos específicos.

Por otra parte, en referencia a la influencia de los factores psicológicos en la pareja, se ha descrito la infertilidad, en primer lugar, como una crisis vital, la cual se origina en múltiples factores y genera un gran desgaste psicológico en la pareja, dada su ciclicidad, la cual se caracteriza por la repetición de experimentar esperanza al inicio del ciclo y desesperanza cuando llega la menstruación cuando se obtiene un resultado negativo en la prueba de embarazo.

En segundo lugar, impacta el elevado costo económico del tratamiento, el sometimiento a procesos quirúrgicos con el dolor físico que conllevan, invasión a la privacidad sexual de la pareja, disminución en la satisfacción y ajuste marital (Forman, 1997; Kerr, Brown y Balen, 1999; Miranda, Larrazabal y Labán, 1995; Fernández, 1995, 1998; Menning, 1998 citado por Palacios y Jadresic, 2001; Newton, 1999; Odrés, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1997; Remeter y Fiegl, 1998; Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004).

Respecto a la repercusión en el área sexual, se encuentran la pérdida del deseo sexual e incapacidad para alcanzar el orgasmo (Leader, 1984; Rosenfeld y Nitchell, 1979). Asimismo, la crisis de infertilidad altera la autoestima y la imagen corporal, conllevando a sentimientos de inferioridad, depresión y ansiedad, los cuales pueden repercutir negativamente en la sexualidad (Boivin et al., 2001).

Además, la infertilidad puede causar problemas en la pareja, tanto en el ámbito afectivo como en la comunicación, e incluso en la afiliación (Rosenfeld y Nitchell, 1979; Leader, 1984; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004;

Daniluk, 1991; Miranda, Larrazabal y Labán, 1995; Forman, 1997; Leiblum, 1997 citado por Llavona et al., 2003; Menning, 1998 citado por Palacios y Jadresic, 2001; Kerr, Brown y Balen, 1999; Newton, 1999; Odrés, Den Tonkelaar y Nieuwenhuys, 1997; Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Remeter y Fiegl, 1998; Boivin et al., 2001; Moreno et al., 2007).

Tal y como puede apreciarse, de acuerdo a estas evidencias empíricas, la infertilidad constituye un fenómeno complejo, en donde los factores biológicos, psicológicos y sociales se afectan y determinan mutuamente. De ahí la importancia de combinar estrategias de intervención que puedan responder a ambas dimensiones. En este sentido, es importante destacar que las parejas que experimentan un problema de salud reproductiva, enfrentan un cambio importante en el proyecto de vida familiar. Al constatar su infertilidad, el hombre y la mujer sufren las consecuencias emocionales de ver postergada o frustrada de una aspiración muchas veces central en sus vidas.

Además, enfrentarse a un diagnóstico y a un tratamiento de esta naturaleza produce una sensación de incertidumbre y de falta de control que a menudo activan respuestas psicológicas diversas, las que dependerán en gran medida de los recursos psicológicos personales, la relación de pareja, la comunicación de ésta y con el personal médico, de la historia de la persona y de eventos situacionales que puedan agregar componentes estresantes a la situación en sí (Guerra, 2002).

El tratamiento para la infertilidad suele ser comúnmente denominado técnicas de reproducción asistida y consiste en identificar e intervenir en caso de ser posible, las causas biológicas asociadas. En caso de que éstas no puedan ser identificadas, la pareja igualmente se somete al tratamiento. Durante este proceso, resulta relevante tener en cuenta que las parejas deben afrontar numerosas situaciones generadoras de estrés, tales como la condición en sí misma de la infertilidad, cantidad de exámenes a los que se deben someter, técnicas que pueden resultar invasivas o aversivas, la espera de los resultados, presión financiera, entre otros.

Además, existen diversos estudios tal y como destacan Goldfarb et al. (1997 citados por Domar, 2004), que refieren la dificultad por parte de los pacientes de completar el tratamiento, encontrándose asociados en primer lugar al factor financiero,

seguido por “estrés emocional”. Sin embargo, si bien el factor económico es importante, en países donde los costos de los tratamientos de reproducción asistida son cubiertos por el seguro, la tasa acumulativa de abandono después de tres ciclos de tratamientos fue del 62,4% (Land, Courtar y Evers, 1997).

De igual manera, en un estudio realizado en Australia por Hammarberg, Astbury y Baker (2001), en donde a parejas con problemas de infertilidad se les ofreció libre de costo seis ciclos completos de Fecundación In Vitro, el promedio de ciclos iniciados por pacientes fue solo 3.1, sin tomar en cuenta si el embarazo fue o no logrado. La razón más común fue “ya fue suficiente” (66%), “costo emocional (64%), y “no puedo enfrentar más el tratamiento” (42%). De ahí que los recursos psicológicos cumplan un relevante papel en la consecución del proceso de tratamiento de la infertilidad.

Según Domar (2004), investigaciones recientes dirigidas al estudio de la relación entre el estrés psicológico y el éxito del tratamiento Fecundación In Vitro (FIV), han indicado que niveles de estrés previos a cada ciclo se encuentran asociados a bajas tasas de embarazo. En este sentido, de 15 estudios encontrados en la literatura en los últimos 10 años en donde se examinó la relación entre estrés y el resultado del tratamiento de FIV, 10 de ellos encontraron resultados estadísticamente significativos que confirman la teoría de que el estrés se encuentra asociado a bajas tasas de embarazos.

Por consiguiente, los Tratamientos de Reproducción Asistida (TRA) frecuentemente suelen estar acompañados de una intervención psicológica. A este respecto Domar (2004), señala la necesidad de tomar en cuenta el papel de los factores psicológicos asociados a los tratamientos de infertilidad dado que el estrés no sólo se asocia a bajas tasas de embarazo sino que aumenta la probabilidad de que las parejas abandonen dicho tratamiento.

En este sentido, dada la importancia de factores psicológicos asociados a la infertilidad, son muchos los autores que afirman la necesidad de integrar programas de intervención psicológica a los tratamientos de reproducción asistida (Chiba et al., 1997; Hansell y Thorn, 1998; Luske y Vacc, 1999; Kee, Jung y Lee, 2000; Lee, Sun y Chao, 2000; Yong, Martín y Thong, 2000; Matsubayashi, Hosaka, Izumi, Suzuki y Makino, 2001; Hammarberg, Astbury y Baker, 2001; Kains, 2001; Salakos, Roupá, Sotiropoulou

y Grigoriou, 2004; Smeenk, Verhaak, Stolwijk, Kremer y Braat, 2004; Tirado, Giménez y Guerra, 2007).

Diversos estudios han hallado que en los Centros de Medicina Reproductiva que incluyen programas de intervención psicológica como parte integral del tratamiento de parejas con problemas de infertilidad, logran tasas de embarazos significativamente mayor y tasas de abandono a los TRA menor en comparación a las parejas que reciben tratamiento médico rutinario (Domar, Seibel y Benson, 1990; Domar, Broobe y Zuttermeister, 1992; Greil, 1997; Daniluk, 2001; Domar et al., 2000; Boivin et al., 2001); Guerra, 2002; Dolz et al., 2002; Boivin, 2003; Llavona, 2008).

Así, un estudio realizado por Domar et al. (2000), con la finalidad de determinar la eficacia de programas de intervención psicológica (entrenamiento en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, asertividad) en la prevención del desajuste psicológico y en la tasa de embarazo en pacientes bajo TRA, hallaron que la intervención psicológica no sólo disminuyó el desajuste psicológico de los participantes, sino que además condujeron al incremento de la tasa de embarazo ya que, según los resultado obtenidos, los pacientes que participaron en el grupo de intervención obtuvieron una tasa de embarazo (42%), significativamente mayor a los pacientes que no participaron en las intervenciones psicológicas (11%). Además, la tasa de abandono en el grupo control fue significativamente mayor (38 mujeres de 63), en comparación al grupo con intervención cognitivo-conductual (9 mujeres de 56).

Igualmente, un estudio realizado por Dolz et al. (2002), con la finalidad de comprobar la incidencia de una intervención psicológica (entrenamiento en relajación, autocontrol y habilidades sociales) en mujeres con problemas de infertilidad bajo TRA, hallaron que el grupo que participó en dicho programa obtuvieron un 54% de embarazos y nacidos vivos con una tasa de abandono del 5,7% en comparación a un 28% de embarazos y nacidos vivos con una tasa de abandono del TRA del 37,5% en el grupo que no asistió al programa.

Asimismo, una investigación realizada por Terzioglu (2001) dirigido a determinar el efecto de una intervención psicológica en la tasa de éxito en los TRA basado en grupos de apoyo y de información, halló que el grupo que recibió intervención

psicológica reportó disminución en los puntajes de inventarios de ansiedad y de depresión (prueba antes y después) en comparación al grupo control que sólo recibieron procedimientos médicos de rutina. Además, obtuvieron mayores tasas de embarazo.

En un metaanálisis realizado por Boivin (2003), con la finalidad de estudiar los efectos de las intervenciones psicológicas aplicadas a parejas con infertilidad durante los TRA, reportó que diversas investigaciones hallaron disminución en los niveles de estrés, en las conductas de ansiedad y depresión, mayor percepción de control y de bienestar en parejas en TRA luego de recibir entrenamiento en técnicas de afrontamiento, lo que a su vez correlacionó positivamente con el incremento en la tasa de embarazo.

Asimismo, en una investigación realizada por Domar, Zuttermeister y Friedman (1993), se halló que mujeres que participaron en un programa de intervención psicológica cognitivo conductual diseñado para disminuir la depresión experimentaron un 60% de embarazo viable en seis meses, en contraste a un 24% de embarazo viable en mujeres quienes no asistieron a dicho programa recibiendo sólo asistencia médica.

Igualmente, diversos estudios en el área de la infertilidad reportan otros efectos positivos en parejas que reciben intervención psicológica durante los TRA, tales como, aumento en la autoestima, mayor sensación de bienestar y de control, disminución en los niveles de ansiedad y de depresión, comunicación asertiva con la pareja y con el equipo médico (Domar, Siebel y Benson, 1990; McQueeney, Staton y Sigmon, 1996; McQueeney, Stanton y Sigmon, 1997; Tuschen-Caffier, Florin, Krause y Pool, 1999; Domar et al., 2000; McNaughton-Cassil et al., 2000; Boivin, 2003; Gil, 2003; Llavona et al., 2003).

Específicamente en Venezuela, existen algunos Centros de Medicina de Salud que incluyen programas de intervención psicológica durante las TRA. No obstante, existe cierto hermetismo en lo que se refiere al acceso de dichos programas, permaneciendo así el contenido de los mismos lejos de la mirada investigativa. Conjuntamente, se desconoce la existencia de un estudio evaluativo sistemático de dichos programas.

De allí la necesidad en la presente investigación de diseñar un programa de intervención psicológica dirigido a las parejas que asisten a las TRA y que sea evaluado

por expertos en el área, con la finalidad de obtener retroalimentación en cuanto a su pertinencia, adecuación, factibilidad y suficiencia para el afrontamiento de esta problemática. Dada la complejidad del fenómeno de estudio, en donde convergen múltiples factores, tal y como fue mencionado anteriormente, la elaboración de los programas de intervención psicológica para parejas que asisten a TRA requiere de una investigación sistemática de los objetivos y acciones con la finalidad de optimizarlo.

En este sentido, el diseño y la evaluación de programas implica una sistemática recogida de información propia del método científico. Así, la evaluación de programas surge de la necesidad de la planificación de las acciones a implantar en una realidad social previamente determinada (Fernández-Ballesteros, 1996).

En palabras de Hernández (1996) la sistematicidad y rigurosidad durante la planificación y/o diseño del programa no sólo permitirá mediante su evaluación estimar la eficacia potencial del mismo, sino que además permitirá determinar objetivos operativos y estipular criterios que permitan evaluarlos con la finalidad de tomar de decisiones respecto a las correcciones necesarias para una adecuada implantación del mismo y evitar así diseñar a posteriori (durante su implantación) tácticas fortuitas que puedan interferir en la supuesta eficacia o efectividad del programa debido a un inadecuado control durante el proceso de evaluación.

La inclusión de la evaluación durante el proceso de planificación y/o diseño del programa facilita el cumplimiento de los objetivos hacia los cuales se dirige el programa (Hernández, 1996). Conjuntamente, la evaluación del programa antes de su implantación es primordial dado que proporciona información acerca de la pertinencia de los objetivos para atender las necesidades detectadas en la población y para la toma de decisiones acerca de la mejora del programa (Martínez, 2002).

En este sentido, la evaluación del programa no sólo permitirá valorar la adecuación de sus componentes, sino que además permitirá estimar su eficiencia y efectividad antes de su implantación, evitando de esta forma diseñar tácticas fortuitas que puedan interferir en la supuesta eficacia o efectividad del programa.

En consecuencia, dado el planteamiento realizado anteriormente, el problema de la presente investigación se puede formular de la siguiente manera:

¿Cuál será la validez de los objetivos, de las actividades y de las pautas de cumplimiento del Programa de Intervención Psicológica dirigido a parejas que asisten a las Técnicas de Reproducción Asistida?

Específicamente: ¿Cuál será la pertinencia, adecuación y factibilidad de los objetivos planteados en el Programa de Intervención Psicológica dirigido a parejas que asisten a las técnicas de reproducción asistida? Y ¿Cuál será la pertinencia, adecuación y suficiencia de las actividades enunciadas en el mismo? Y, por último, ¿Cuál será la suficiencia de las pautas de cumplimiento definidos en dicho programa?

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar un programa de intervención psicológica dirigido a parejas que asisten a los tratamientos de reproducción asistida a partir de la opinión de expertos.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Determinar los elementos que conformarán el programa de intervención psicológica dirigido a parejas que asisten a los tratamientos de reproducción asistida.
- 2.** Generar un programa de intervención psicológica dirigido a parejas que asisten a las técnicas de reproducción asistida.
- 3.** Establecer la validez del Programa de Intervención Psicológica y de los Subprogramas que lo conforman mediante la evaluación de expertos respecto a la pertinencia, adecuación y factibilidad de sus objetivos; pertinencia, adecuación y suficiencia de sus actividades y, suficiencia de sus pautas de rendimiento.

V. MARCO METODOLÓGICO

En esta sección se presentarán los lineamientos metodológicos que se han llevado a cabo en la presente investigación, con el propósito de lograr los objetivos planteados. En primer lugar, se presenta las variables de estudio, el tipo y nivel de la investigación, luego los participantes que formaron parte de la misma. Posteriormente, se presentaran las etapas y las actividades que se siguieron en el proceso de diseño y elaboración del Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (PIP-AI) y los procedimientos de evaluación del mismo.

5.1. VARIABLE DE ESTUDIO

5.1.1. VALIDEZ DEL PROGRAMA

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la validez de los objetivos, actividades y pautas de cumplimiento del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman.

En este sentido, la respuesta emitida de los evaluadores se obtiene mediante el registro en los instrumentos de evaluación, si están en acuerdo/en desacuerdo (1/0) con los criterios de evaluación respecto a los objetivos, actividades y pautas de cumplimiento. Específicamente, si están de acuerdo/desacuerdo (1/0) con la pertinencia, adecuación y factibilidad de los objetivos, si están de acuerdo/desacuerdo (1/0) con la pertinencia, adecuación y suficiencia de las actividades y, por último, si están de acuerdo/desacuerdo (1/0) con la suficiencia de las pautas de cumplimiento establecidos en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen.

Así, el porcentaje de acuerdo entre evaluadores para cada uno de los criterios de evaluación a contemplar en la evaluación de cada uno de los objetivos, de cada una de las actividades y, de cada uno de las pautas de cumplimiento enunciados en el PIP-AI y en los subprogramas que los componen, se obtiene mediante la suma total de acuerdos asociados a cada uno de ellos, dividido por la sumatoria de los acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien, es decir, $PA = (\sum A / \sum A + \sum D) \times 100$.¹

¹ Tomado de Silva, A. y Nava, C. (1992). Confiabilidad y validez en Psicología. En Silva, A. Métodos cuantitativos en Psicología. Un enfoque metodológico. México: Editorial Trillas.

Siendo el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%². Tal como, puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla N°1. Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a los criterios de evaluación.

Criterios Adecuación/Pertinencia/Factibilidad/Suficiencia	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores
Pertinente/Adecuado/Factible/Suficiente	PA 60%
No Pertinente/ No adecuado/No Factible/No suficiente	PA < 60%

Conforme con lo mencionado, en la presente investigación se fijó como medida de Validez del PIP-AI y de los Subprogramas que lo conforman, que todos los objetivos, actividades y pautas de cumplimiento establecidos debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados. Específicamente:

- i. Los Objetivos del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman han de ser pertinentes, adecuados y factibles, es decir, el Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores para cada uno de los criterios de evaluación ha sido 60%.
- ii. Las Actividades del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman han de ser pertinentes, adecuados y suficientes, es decir, el Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores para cada de los criterios de evaluación ha sido 60%.
- iii. Las Pautas de Cumplimiento del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman han de ser suficientes, es decir, el Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores para cada uno de los criterios de evaluación ha sido 60%.

5.1.2. DIMENSIONES E INDICADORES DE ESTUDIO

5.1.2.1. Validez de los Objetivos

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la validez de los objetivos generales y específicos definidos en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.

² Valores mínimos de la razón para asegurar que es improbable que el acuerdo se deba al azar. Considerando que el número de expertos en la investigación fue de diez (10), el valor mínimo de la razón ha de ser (0.62). Tomado de Cohen, R. y Swerdlik, M. (2001). Pruebas y evaluación Psicológica. Introducción a las pruebas y a la medición. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

En este sentido, la respuesta emitida de los evaluadores se obtiene mediante el registro en los instrumentos de evaluación, si están en acuerdo/en desacuerdo (1/0) con los criterios de evaluación respecto a los objetivos generales y específicos. Específicamente, si están de acuerdo/desacuerdo (1/0) con la pertinencia, adecuación y factibilidad de los objetivos generales y específicos precisados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforma.

Así, el porcentaje de acuerdo para cada uno de los criterios de evaluación a contemplar en la evaluación de cada uno de los objetivos generales y específicos, se obtiene mediante la suma total de acuerdos asociados a cada uno de ellos, dividido por la sumatoria de los acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien. Siendo el mínimo porcentaje de acuerdo esperado entre evaluadores el 60%. Tal como, puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla N° 2. *Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la pertinencia, adecuación y factibilidad de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen.*

Criterios	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores
Adecuación/Pertinencia/Factibilidad	
Pertinente/Adecuado/Factible	<i>PA obj</i> 60%
No Pertinente/ No adecuado/No Factible	<i>PA obj</i> < 60%

Con base a lo señalado, en la presente investigación se fijó como medida de Validez de los Objetivos del PIP-AI y de los Subprogramas que lo constituyen, que todos los objetivos generales y específicos formulados debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados. Específicamente:

- i. Los objetivos del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman son pertinentes, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.
- ii. Los objetivos del PIP-AI y de los subprogramas que lo componen son adecuados, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.
- iii. Los objetivos del PIP-AI y de los subprogramas que lo constituyen son factibles, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.

A continuación se describirán los indicadores de la Validez de los Objetivos.

5.1.2.1.3. Pertinencia de los Objetivos

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la pertinencia de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.

El porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores es obtenida a través de la suma de acuerdos registrados en los instrumentos de evaluación utilizados, respecto a la pertinencia de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman, dividido por la sumatoria de acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien, es decir, $PA_{obj} = (\sum A_{obj} / (\sum A_{obj} + \sum D_{obj})) \times 100$.

Donde $\sum A_{obj}$ representa la suma total de acuerdos entre los evaluadores respecto a la pertinencia de los objetivos generales y específicos definidos en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman. Y $\sum D_{obj}$ representa la suma total de desacuerdos entre los evaluadores acerca de la pertinencia de los objetivos generales y específicos definidos. Siendo el mínimo porcentaje de acuerdo entre evaluadores esperado el 60%. Tal como, puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla N°3. Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la pertinencia de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen.

Criterio Pertinencia	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores
Pertinente	60%
No Pertinente	60%

5.1.2.1.4. Adecuación de los Objetivos

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la adecuación de los objetivos generales y específicos enunciados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.

El porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores es obtenido mediante la suma de acuerdos registrados en los instrumentos de evaluación respecto a la adecuación de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman, dividido por la sumatoria de acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien, es decir, $PAaobj = (\sum Aaobj / \sum Aaobj + \sum Daobj) \times 100$.

Donde $\sum Aaobj$ representa la suma total de acuerdos entre evaluadores respecto a la adecuación de los objetivos generales y específicos definidos en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman. Y $\sum Daobj$ representa la suma total de desacuerdos entre los evaluadores acerca de la adecuación de los objetivos generales y específicos definidos. Siendo el mínimo porcentaje de acuerdo entre evaluadores esperado el 60%. Tal como, puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla N°4. *Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la adecuación de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.*

Criterio Adecuación	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores
Adecuado	$PAaobj = \frac{\sum Aaobj}{\sum Aaobj + \sum Daobj} \times 100$
No Adecuado	$PAaobj = 60\%$

5.1.2.1.5. Factibilidad de los Objetivos

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la factibilidad de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.

El porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores se obtiene mediante la suma de acuerdos registrados en los instrumentos de evaluación respecto a la factibilidad de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman, dividido por la sumatoria de acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien, es decir, $PAfobj = (\sum Afobj / \sum Afobj + \sum Dfobj) \times 100$.

Donde $\sum Afobj$ representa la suma total de acuerdos entre evaluadores respecto a la factibilidad de los objetivos generales y específicos definidos en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman. Y $\sum Dfobj$ representa la suma total de desacuerdos

entre los evaluadores acerca de la factibilidad de los objetivos generales y específicos definidos. Siendo el mínimo porcentaje de acuerdo entre evaluadores esperado el 60%. Tal como, puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla N°5. *Porcentaje mínimo de acuerdo entre evaluadores esperado respecto a la factibilidad de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.*

Criterio Factibilidad	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores
Factible	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores $\geq 60\%$
No Factible	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores $\geq 60\%$

5.1.2.2. Validez de las Actividades

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la conveniencia de las actividades enunciadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.

En este sentido, la respuesta emitida de los evaluadores se obtiene mediante el registro en los instrumentos de evaluación, si están en acuerdo/en desacuerdo (1/0) con los criterios de evaluación respecto a las actividades. Específicamente, si están de acuerdo/desacuerdo (1/0) con la pertinencia, adecuación y suficiencia de las actividades descritas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforma.

Así, el porcentaje de acuerdo para cada uno de los criterios de evaluación a contemplar en la evaluación de cada una de las actividades, se obtendrá mediante la suma total de acuerdos asociados a cada uno de ellos, dividido por la sumatoria de los acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien. Siendo el mínimo porcentaje de acuerdo entre evaluadores esperado el 60%. Tal como, puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla N°6. Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la pertinencia, adecuación y factibilidad de las actividades descritas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen.

Adecuación/Pertinencia/Suficiencia	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores
Pertinente/Adecuado/Suficiencia	<i>PA act</i> 60%
No Pertinente/ No adecuado/No Suficiencia	<i>PA act</i> < 60%

Con base a lo mencionado, en la presente investigación se fijó como medida de Validez de las Actividades del PIP-AI y de los Subprogramas que lo constituyen, que todas las actividades planteadas debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados. Específicamente:

- i. Las actividades del PIP-AI y de los subprogramas que lo componen son pertinentes, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.
- ii. Las actividades del PIP-AI y de los subprogramas que lo componen son adecuados, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.
- iii. Las actividades del PIP-AI y de los subprogramas que lo constituyen son suficientes, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.

A continuación se describirán los indicadores de la Validez de las Actividades.

5.1.2.2.3. Pertinencia de las Actividades

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación a utilizar respecto a la pertinencia de las actividades propuestas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.

El porcentaje de acuerdo entre evaluadores se obtiene mediante la suma de acuerdos registrados en los instrumentos de evaluación a utilizar, respecto a la pertinencia de las actividades propuestas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo

conforman, dividido por la sumatoria de acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien, es decir, $PApact = (\sum Apact / (\sum Apact + \sum Dpact)) \times 100$.

Donde $\sum Apact$ representa la suma total de acuerdos entre los evaluadores respecto a la pertinencia de las actividades propuestas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman. Y $\sum Dpact$ representa la suma total de desacuerdos entre los evaluadores acerca de la pertinencia de las actividades planteadas. Siendo el mínimo porcentaje de acuerdo entre evaluadores esperado el 60%. Tal como, puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla N°7. *Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la pertinencia de las actividades planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.*

Pertinencia	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores
Pertinente	60%
No Pertinente	60%

5.1.2.2.4. Adecuación de las Actividades

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la adecuación de las actividades del PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.

El porcentaje de acuerdo entre evaluadores se obtiene mediante la suma de acuerdos registrados en los instrumentos de evaluación respecto a la adecuación de las actividades propuestas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman, dividido por la sumatoria de acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien, es decir, $PAaact = (\sum Aaact / (\sum Aaact + \sum Daact)) \times 100$.

Donde $\sum Aaact$ representa la suma total de acuerdos entre los evaluadores en relación a la adecuación de las actividades propuestas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman. Y $\sum Daact$ representa la suma total de desacuerdos entre los evaluadores acerca de la adecuación de las actividades planteadas. Siendo el

mínimo porcentaje de acuerdo entre evaluadores esperado el 60%. Tal como, puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla N°8. *Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores respecto a la adecuación de las actividades planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.*

Adecuación	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores
Adecuado	60%
No Adecuado	60%

5.1.2.2.5. Suficiencia de las Actividades

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la suficiencia de las actividades planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.

El porcentaje de acuerdo entre evaluadores se obtiene a través de la suma de acuerdos registrados en los instrumentos de evaluación, respecto a la suficiencia de las actividades propuestas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman, dividido por la sumatoria de acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien, es decir, $PA_{sact} = (\sum A_{sact} / \sum A_{sact} + \sum D_{sact}) \times 100$.

Donde $\sum A_{sact}$ representa la suma total de acuerdos entre los evaluadores respecto a la suficiencia de las actividades planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman. Y $\sum D_{sact}$ representa la suma total de desacuerdos entre los evaluadores acerca de la suficiencia de las actividades propuestas. Siendo el mínimo porcentaje de acuerdo entre evaluadores esperado el 60%. Tal como, puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla N°9. *Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre expertos respecto a la suficiencia de las actividades planteadas en el PIP-AI y los subprogramas que lo conforman.*

Suficiencia	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores
Suficiente	60%
No Suficiente	60%

5.1.2.3. Validez de las Pautas de Cumplimiento

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la conveniencia de las pautas de cumplimiento establecidos en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.

En este sentido, la respuesta emitida de los evaluadores se obtiene mediante el registro en los instrumentos de evaluación, si están en acuerdo/en desacuerdo (1/0) con el criterio de evaluación respecto a la dimensión de los pautas de cumplimiento.

Así, el porcentaje de acuerdo para el criterio de evaluación a contemplar en la evaluación de cada uno de las pautas de cumplimiento, se obtiene mediante la suma total de acuerdos asociados a cada uno de ellos, dividido por la sumatoria de los acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien. Siendo el mínimo porcentaje de acuerdo entre evaluadores esperado el 60%.

Con base a lo mencionado, en la presente investigación se fijó como medida de Validez de las Pautas de Cumplimiento del PIP-AI y de los Subprogramas que lo constituyen, que todas las pautas de cumplimiento establecidas debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados. Específicamente, todas las pautas de cumplimiento del PIP-AI y de los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son suficientes, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores respecto a la suficiencia han sido 60%.

A continuación el indicador de la Validez de las Pautas de Cumplimiento.

Porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la suficiencia de las pautas de cumplimiento del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman.

El porcentaje de acuerdo emitido por los expertos se obtiene mediante la suma de acuerdos registrados en los instrumentos de evaluación, respecto a la suficiencia de los patrones de cumplimiento enunciados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman, dividido por la sumatoria de acuerdos y desacuerdos, cuyo resultado es multiplicado por cien, es decir, $PA_{spac} = (\sum A_{spac} / \sum A_{spac} + \sum D_{spac}) \times 100$.

Donde $\sum Aspac$ representa la suma total de acuerdos entre evaluadores respecto a la suficiencia de los patrones de cumplimiento definidos en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman. Y $\sum Dspac$ representa la suma total de desacuerdos entre evaluadores acerca de la suficiencia de los patrones de cumplimiento definidos. Siendo el mínimo porcentaje de acuerdo entre evaluadores esperado el 60%. Tal como, puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla N°10. *Porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores esperado respecto a la suficiencia de los patrones de cumplimiento.*

Suficiencia	Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores
Suficiente	$\frac{\sum Aspac}{\sum Aspac + \sum Dspac} \geq 60\%$
No Suficiente	$\frac{\sum Aspac}{\sum Aspac + \sum Dspac} < 60\%$

5.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se diseñó y se evaluó un Programa de Intervención Psicológica dirigido a parejas que asisten a los tratamientos de reproducción asistida. Para ello, se requirió de una rigurosa y sistemática planificación tanto durante el diseño y elaboración del mismo y como durante su evaluación. Además, para su evaluación o valoración de sus elementos en términos de validez, se llevó a cabo un proceso metódico de recogida y análisis de datos obtenidos mediante la evaluación por expertos.

Por consiguiente, *al considerar el tipo de Investigación*, la presente es una *Investigación Evaluativa*, la cual supone la aplicación sistemática de procedimientos de la investigación a la evaluación de la conceptualización y del diseño, de la implantación y de la utilidad de programas de intervención, es decir, la investigación evaluativa implica el uso de la ciencia social para juzgar la planificación, implantación, efectividad y eficiencia de programas de salud, educación bienestar y otros programas de servicio humano (Rossi y Freeman, 1985 citados por Fernández-Ballesteros et al., 1989).

En la presente investigación, se aplicaron sistemáticamente procedimientos de investigación propios de las ciencias sociales durante el diseño, elaboración y evaluación del PIP-AI (y de los subprogramas constituyentes). Asimismo, durante la evaluación del

programa se llevó a cabo un procedimiento metódico orientado a identificar y obtener de forma fiable datos e información suficiente respecto el juicio de valor de los distintos componentes del programa mediante la validación de expertos para determinar su validez, en términos de pertinencia, adecuación, factibilidad y suficiencia de sus componentes en relación a la población a la cual se dirige y a las necesidades detectadas en la misma.

Al considerar el alcance de la investigación, ésta corresponde con un Estudio Descriptivo, el cual tiene como objetivo según Hernández, Fernández y Baptista (2006), describir fenómenos, situaciones y eventos mediante la evaluación o recolección de datos de distintos conceptos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar para así describirlo. En la presente investigación, se recolectaron y se analizaron datos producto de la evaluación por juicio de experto acerca de la conveniencia de dimensiones del PIP-AI (objetivos, actividades, pautas de rendimiento) para determinar su validez a través de la medición de sus indicadores o dimensiones: pertinencia, adecuación, factibilidad de los objetivos; pertinencia, adecuación y suficiencia de las actividades y, suficiencia de las pautas de rendimiento.

5.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con los criterios propuestos por Hernández et al. (2006), es una *Investigación No Experimental*, ya que no se realizó una manipulación intencional de la variable de estudio, ni se asignó de forma aleatoria a los participantes. En la presente investigación no se realizó manipulación deliberada de la variable (validez del programa de intervención) ni de sus indicadores (pertinencia, adecuación, factibilidad de los objetivos; pertinencia, adecuación y suficiencia de las actividades y, suficiencia de las pautas de rendimiento), ya que las mismas se estudiaron una vez definidas o establecidas, es decir, son variables ya existentes antes de su estudio. Asimismo, los participantes (evaluadores) fueron asignados de forma intencional u opinático.

De igual forma, siguiendo los criterios de Hernández et al. (2006), la presente corresponde con una *Investigación Transeccional o Transversal*, ya que se recolectaron datos en un solo momento, es decir, en un tiempo único. En otras palabras, se obtuvieron

los datos como producto de la validación por juicio de expertos en un solo momento en el tiempo.

Finalmente, según los criterios de Hernández et al. (2006), es una *Investigación Transeccional Descriptiva* ya que se realizó una validación por juicio de expertos a través de encuestas con la finalidad de obtener su opiniones respecto a la validez del PIP-AI describiendo la pertinencia, la adecuación y factibilidad de sus objetivos; la pertinencia, adecuación y suficiencia de las actividades y, por último, describiendo la suficiencia de los criterios de cumplimiento del PIP-AI.

5.4. PARTICIPANTES

Los participantes de la presente investigación se conformó por un conjunto de expertos en el área de la Psicología. Se contó con la participación de 10 Psicólogos, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo de tipo intencional u opinático a partir del criterio de ser profesionales de la psicología que se encuentren trabajando en docencia, investigación e intervención dentro de instituciones reconocidas a nivel nacional.

El procedimiento de muestreo empleado de acuerdo a Kerlinger y Lee (2002), fue un muestreo no probabilístico propositivo, debido a que se caracterizó por la utilización de juicios o intenciones deliberadas con la finalidad de obtener muestras representativas al incluir criterios que se consideran importantes y típicas de la muestra. A continuación se presentan los datos de dicha muestra:

Tabla N°11. Descripción de las Características de la Muestra de Evaluadores Empleados para la Evaluación del Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (PIP-AI).

	TITULOS	OCUPACIÓN
A.U.	Lic. en Psicología, Escuela de Psicología U.C.V.	Instructor Cátedra de Psicometría. Escuela de Psicología. Consultor Externo.
L.L.	Lic. en Psicología, Escuela de Psicología U.C.V. Magister en Psicología	Docente en la UCV.
A.O.	Lic. en Psicología, Escuela de Psicología U.C.V. Counselor	Docente UCV. Consultor Organizacional. Consulta Privada.

UNESCO		
G.H.	Lic. en Psicología, Escuela de Psicología U.C.V. Especialidad Psicopatología Clínica. Universidad de Barcelona.	Delegado de Prueba I. Ministerio Interior y Justicia. Asesor Coordinación de Adopciones. Representante en Venezuela de la Sociedad Internacional de Psicología Criminológica.
N.S.	Lic. en Psicología, Escuela de Psicología U.C.V.	Docente-Investigador en el Instituto de Psicología. UCV. Consulta Privada.
M.R.	Lic. en Psicología, Escuela de Psicología U.C.V. Magister Scientiarum, Mención Análisis Experimental de la Conducta. U.C.V.	Docente UCV.
B.C.	Lic. en Psicología, Escuela de Psicología U.C.V. Especialidad en Dinámica de Grupos. Gerencia de Proyectos. Planificación Estratégica.	Investigador-Consultor. UCV.
A.L.	Lic. en Psicología, Escuela de Psicología U.C.V.	Docente UNIMET. Consulta Privada.
R.L.	Lic. en Psicología, Escuela de Psicología U.C.V. Magister Scientiarum, Mención Análisis Experimental de la Conducta.U.C.V.	Docente UCV. Investigador en el Instituto de Psicología. UCV.
E.C.	Lic. en Psicología, Escuela de Psicología U.C.V.	Docente UCV.

5.5. INSTRUMENTOS

A continuación se enumeran los instrumentos y materiales que se utilizaron en la presente investigación con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados.

- 1) Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (PIP-AI).
- 2) Programa Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI).
- 3) Cuaderno del Participante. Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI).

- 4) Tabla de Especificaciones del Cuestionario Aspectos Básicos de la Infertilidad (AB-I).
- 5) Cuestionario Aspectos Básicos de la Infertilidad (AB-I).
- 6) Programa Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD).
- 7) Cuaderno del Participante. Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD).
- 8) Cuaderno de Actividades. Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD).
- 9) Programa Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MII-AA).
- 10) Cuaderno del Participante. Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MII-AA).
- 11) Cuaderno de Actividades. Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA).
- 12) Programa Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA).
- 13) Cuaderno del Participante. Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA).
- 14) Cuaderno de Actividades. Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA).
- 15) Instructivo para la evaluación del PIP-AI.
- 16) Tabla A. Evaluación del PIP-AI.
- 17) Instructivo para la evaluación del MI-ABI.
- 18) Tabla I. Evaluación MI-ABI:
- 19) Instructivo para la evaluación del MII-AD.
- 20) Tabla II. Evaluación MII-AD.
- 21) Instructivo para la evaluación del MIII-AA.
- 22) Tabla III. Evaluación MIII-AA.
- 23) Instructivo para la evaluación del MIV-CA.
- 24) Tabla IV. Evaluación MIV-CA.
- 25) Carpeta dirigida a los Evaluadores.
- 26) Carta a los Evaluadores.
- 27) Formato: Datos de los Evaluadores.

5.6. PROCEDIMIENTO

Considerando que la presente investigación tenía como finalidad el diseño, elaboración y evaluación de un programa de intervención psicológica, se siguió el procedimiento contenido en las distintas fases propuestas por Fernández-Ballesteros (1996) y, Machado y Blanco (s.f. citados por Guevara, 2005) para el alcance de dicho objetivo, las cuales están contenidas en tres etapas generales: Planificación, Diseño y Elaboración del programa y evaluación del mismo. A continuación se especifican cada una de ellas.

5.6.1. ETAPA I: PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

De acuerdo a Fernández-Ballesteros et al. (1989), la planificación comporta la elaboración de planes para la acción futura acerca de los recursos. Así, las fases fundamentales del ciclo de planificación (Fernández-Ballesteros et al., 1989) son: La identificación del problema y de ciertas necesidades sociales, el planteamiento de metas o finalidades y la pre-evaluación potencial.

En consideración a las fases mencionadas, en la presente investigación se llevaron a cabo los siguientes pasos:

5.6.1.1. Identificación del Problema y Necesidades

Para la identificación del problema y/o necesidades existentes en la población de interés (Parejas que asisten a las TRA) se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- 1) Se obtuvo información a través de fuentes de información informales a saber: conversaciones con parejas que se encontraban en los centros de salud que aplican las TRA.
- 2) Obtención de información mediante fuentes de información secundarias (libros, revistas científicas, páginas web) especializadas en el área de la infertilidad. Considerando la importancia de la fase de identificación del problema y/o necesidades existentes durante la fase de planificación en el proceso del diseño del programa, se especificarán las acciones ejecutadas:

- 2.1) Búsqueda concreta en las fuentes de información correspondientes a las necesidades existentes en las parejas que asisten a las TRA, específicamente respecto a las conductas problema frecuentes en las parejas que asisten a las TRA.
 - 2.2) Localización, consulta y lectura de las fuentes de información de interés.
 - 2.3) Clasificación y/o categorización de la información obtenida atendiendo a las necesidades y/o conductas observadas de las parejas que asisten a las TRA.
- 3) Determinación de las áreas (necesidades y/o conductas problemas) a intervenir como producto del análisis de la información obtenida de las distintas fuentes y en consideración de las estadísticas asociadas a la prevalencia e incidencia de las mismas en las parejas que asisten a las TRA.

5.6.1.2. Planteamiento de las Metas

Una vez delimitadas las necesidades y/o conductas problemas frecuentes en las parejas que asisten a las TRA, se plantearon las metas que se pretenden alcanzar para solventar la situación estudiada, los cuales fueron formulados formalmente en la elaboración del programa de intervención psicológica.

5.6.1.3. Pre-evaluación Potencial

Se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- 1) Estudio exhaustivo y sistemático de la bibliografía relacionada al área de los aspectos biopsicológicos de la infertilidad.
- 2) Revisión de programas de intervención psicológica similares.
- 3) Revisión de la bibliografía asociada a la Terapia de la Conducta con la finalidad de plantear los medios más idóneos para responder a las necesidades y objetivos propuestos.
- 4) Apreciación de la base teórica (modelos) del programa de los cuales se fundamentaron las acciones y/o estrategias para el logro de los objetivos planteados considerando las características y necesidades particulares de la población a la cual va dirigida.

- 5) Evaluación y elección de las estrategias del programa para responder a los objetivos propuestos.
- 6) Estimación de la disponibilidad de recursos materiales y técnicos necesarios para el diseño y elaboración del programa.

5.6.2. ETAPA II: DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PROGRAMA

Para el diseño y elaboración del programa se llevaron a cabo los siguientes pasos:

5.6.2.1. Definición del Programa

En consideración a las características del programa se definió de la siguiente forma: Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (PIP-AI).

5.6.2.2. Elaboración de los elementos que constituyen el Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (PIP-AI)

Para ello, se consideraron los elementos que conforman un programa planteado por Guevara (2005), los cuales se describen a continuación:

5.6.2.2.1. Elaboración de la Introducción

Se especificaron las bases teóricas que fundamentan las acciones del programa y las razones por las cuales se justifica su implantación. Asimismo, se describieron los propósitos y los medios para llevarlos a cabo y la población a la cual se dirige dicho programa.

5.6.2.2.2. Elaboración de los Objetivos Generales

Como resultado del estudio de las necesidades existentes en la población a la cual va dirigida el programa se especificaron los objetivos generales del mismo, los cuales conforman las metas u objetivos a largo plazo.

5.6.2.2.3. Elaboración de los Objetivos Específicos

Se plantearon los objetivos específicos derivados de los objetivos generales, los cuales conforman las acciones a realizar a corto plazo. Se formularon considerando los principios y criterios propuestos por Guevara (2005), los cuales fueron desarrollados en el marco teórico.

5.6.2.2.4. *Elaboración de las Actividades y de los Procedimientos*

Se plantearon las actividades a realizar para el logro de los objetivos propuestos en el programa. Asimismo, se describieron los pasos necesarios para llevar a cabo las actividades propuestas.

En dirección a los objetivos planteados en el PIP-AI se formularon cuatro actividades denominadas Módulos, los cuales constituyen los Subprogramas. Para ello se realizaron las siguientes acciones:

1. Elaboración del Subprograma: Aspectos Básicos de la Infertilidad.
2. Elaboración del Subprograma: Afrontando la Depresión.
3. Elaboración del Subprograma: Afrontando la Ansiedad.
4. Elaboración del Subprograma: Comunicación Asertiva.

Cada uno de los subprogramas está constituido de forma similar a la estructura del PIP-AI. El procedimiento de cada uno de ellos se describirá en la siguiente sección.

5.6.2.2.5. *Establecimiento del Tiempo y Recursos*

En consideración de las actividades (módulos) planteadas, se especificó el tiempo necesario para la realización de todas y cada una de ellas y el tiempo total estimado para el cumplimiento del programa en su totalidad. Asimismo, se especificaron para cada una de las actividades, los materiales, instrumentos y personal necesario para su ejecución.

5.6.2.2.6. *Definición de las Pautas de Cumplimiento*

Se especificaron las pautas de cumplimiento para cada una de las actividades (módulos o subprogramas) así como los pautas de cumplimiento del PIP-AI. Además, se describieron los procedimientos por medio de los cuales se evaluará el programa en su totalidad. Dicho programa quedó estructurado como se muestra en el *Anexo 1*.

5.6.2.3. Elaboración de los Subprogramas que conforman el Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (PIP-AI)

Se elaboraron cada uno de los Subprogramas que conforman el PIP-AI. Para ello, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

I. Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI)

Se elaboró el Subprograma del Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI) siguiendo los pasos planteados por Guevara (2005). Dicho programa quedó estructurado como se muestra en el **Anexo 2**. A continuación, los pasos realizados para su elaboración.

- a. *Elaboración de la Introducción*. Se describieron los principios teóricos que guían las acciones del subprograma y se puntualizaron las políticas del mismo.
- b. *Elaboración de los Objetivos Generales y Específicos*. Se especificaron los objetivos generales y específicos del subprograma en atención a las metas formuladas en el programa.
- c. *Formulación de las Actividades*. Se formularon cada una de las actividades necesarias para el logro de los objetivos formulados en dicho módulo. Conjuntamente, se realizaron los siguientes materiales de apoyo:
 - i. *Aspectos Básicos de la Infertilidad (ABI). Manual del Participante (ABI-MP)*. Consistió en la elaboración de un cuaderno con información de contenido teórico que sustenta cada una de las actividades realizadas durante el Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad. El mismo quedó constituido tal como se muestra en el **Anexo 3**.
 - ii. *Elaboración del Instrumento de Evaluación*. Se construyó un Cuestionario con la finalidad de evaluar el aprendizaje obtenido por los participantes del programa luego de la aplicación de las actividades de dicho módulo. Para ello, se realizó una tabla de especificaciones del instrumento, la cual quedó constituida como se muestra en el **Anexo 4**. El Cuestionario Aspectos Básicos de la Infertilidad (AB-I) quedó constituido tal como se muestra en el **Anexo 5**.
- d. *Establecimiento del Procedimiento y del Tiempo*. Se detallaron los procedimientos necesarios para llevar a cabo cada una de las actividades y el tiempo estimado para su ejecución. Asimismo, se especificó el tiempo total estimado para completar dicho subprograma.

- e. *Descripción de los Recursos.* Se detallaron los recursos humanos y materiales necesarios para la realización de cada una de las actividades.
- f. *Elaboración de la Pauta de Cumplimiento.* Se formuló la pauta de cumplimiento necesaria para el logro de los objetivos propuestos en dicho subprograma.

II. Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD)

A continuación se especifican las acciones realizadas para la elaboración del Subprograma del Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD). Dicho Subprograma quedó estructurado como se muestra en el **Anexo 6**.

- a. *Elaboración de la Introducción.* Se describieron los principios teóricos que sustentan las acciones del Subprograma del Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD) y las políticas (propósitos y medios) del mismo.
- b. *Elaboración de los Objetivos Generales y Específicos.* Se enunciaron los objetivos generales y específicos de dicho Subprograma.
- c. *Formulación de las Actividades.* Se formularon las actividades necesarias para el alcance de los objetivos propuestos en el Subprograma del Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD). Además, se elaboraron los siguientes materiales de apoyo:
 - i. *Afrontando la Depresión. Manual del Participante (AD-MP).* Consistió en la elaboración de un cuaderno con información de contenido teórico que sustenta cada una de las actividades realizadas durante el Módulo II: Afrontando la Depresión. El mismo quedó constituido tal como se muestra en el **Anexo 7**.
 - ii. *Afrontando la Depresión. Cuaderno de Actividades (AD-CA).* Se elaboró un cuaderno con información de contenido práctico que sustenta cada una de las actividades realizadas durante el Módulo II: Afrontando la Depresión. El mismo quedó constituido tal como se muestra en el **Anexo 8**.
- d. *Establecimiento del Procedimiento y del Tiempo.* Se especificó el procedimiento necesario para realizar cada una de las actividades propuestas en el presente Subprograma, así como el tiempo estimado para la ejecución de cada una de las actividades y del Subprograma en su totalidad.

- e *Descripción de los Recursos.* Se detallaron los recursos materiales y humanos para la ejecución de cada una de las actividades.
- f *Elaboración de las Pautas de Cumplimiento.* Se formularon los índices de rendimiento para la evaluación de cada una de las actividades propuestas en el Subprograma, así como para la valoración total de dicho Subprograma.

III. Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA)

A continuación se describen los pasos realizados para la elaboración del Subprograma del Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA). Dicho Subprograma quedó estructurado como se muestra en el **Anexo 9**.

- a *Elaboración de la Introducción.* Se describieron los principios teóricos que apoyan las acciones del Subprograma del Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA). Además, se hizo referencia a los propósitos del mismo y los medios para alcanzarlos.
- b *Elaboración de los Objetivos Generales y Específicos.* Se formularon los objetivos generales y específicos de dicho Subprograma.
- c *Formulación de las Actividades.* Se enunciaron las actividades necesarias para el alcance de los objetivos planteados en el Subprograma del Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA). Además, se elaboraron los siguientes materiales de apoyo:
 - i. *Afrontando la Ansiedad. Manual del Participante (AA-MP).* Se elaboró un cuaderno con información de contenido teórico que apoya cada una de las actividades realizadas durante el Módulo III: Afrontando la Ansiedad. El mismo quedó constituido tal como se muestra en el **Anexo 10**.
 - ii. *Afrontando la Ansiedad. Cuaderno de Actividades (AA-CA).* Se elaboró un cuaderno con información de contenido práctico que apoya cada una de las actividades realizadas durante el Módulo III: Afrontando la Ansiedad. El mismo quedó conformado tal como se muestra en el **Anexo 11**.
- d *Establecimiento del Procedimiento y del Tiempo.* Se especificaron los siguientes puntos: el procedimiento necesario para realizar cada una de las actividades propuestas en el presente Subprograma y el tiempo estimado para la ejecución de

cada una de ellas, así como el tiempo estimado para llevar a cabo el Subprograma en su totalidad.

- e Descripción de los Recursos.* Se especificaron los recursos materiales y humanos para la realización de cada una de las actividades.
- f Elaboración de las Pautas de Cumplimiento.* Se enunciaron las normas de rendimiento para la evaluación de cada una de las actividades del Subprograma y de su totalidad.

IV. Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA)

A continuación se especifican los pasos realizados para la elaboración del presente subprograma. Dicho Subprograma quedó estructurado como se muestra en el **Anexo 12**.

- a. Elaboración de la Introducción.* Se detallaron los principios teóricos que respaldan las acciones del Subprograma del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA) y las políticas del mismo.
- b. Elaboración de los Objetivos Generales y Específicos.* Se enunciaron los objetivos generales y específicos de dicho Subprograma.
- c. Formulación de las Actividades.* Se formularon las actividades necesarias para el alcance de los objetivos planteados en el Subprograma del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA). Conjuntamente, se elaboraron los siguientes materiales de apoyo:
 - i. Comunicación Asertiva. Manual del Participante (CA-MP).* Consistió en la elaboración de un cuaderno con información de contenido teórico que sustenta cada una de las actividades realizadas durante el Módulo IV: Comunicación Asertiva. El mismo quedó conformado tal como se muestra en el **Anexo 13**.
 - ii. Comunicación Asertiva. Cuaderno de Actividades (CA-CA).* Se elaboró un cuaderno con información de contenido práctico que sustenta cada una de las actividades realizadas durante el Módulo IV: Comunicación Asertiva. El mismo quedó conformado tal como se muestra en el **Anexo 14**.

- d. *Establecimiento del Procedimiento y del Tiempo.* Se detalló el procedimiento necesario para realizar cada una de las actividades propuestas en el Subprograma del Módulo IV: Comunicación Asertiva (CA) y el tiempo estimado para la ejecución de cada una de ellas. Asimismo, se especificó el tiempo estimado para llevar a cabo el Subprograma en su totalidad.
- e. *Descripción de los Recursos.* Se especificaron los recursos materiales y humanos para la ejecución de cada una de las actividades.
- f. *Elaboración de las Pautas de Cumplimiento.* Se enunciaron las normas de rendimiento para la evaluación de cada una de las actividades del Subprograma y del mismo en su totalidad.

5.6.3. ETAPA III: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

5.6.3.1. Diseño de la Evaluación del Programa

Para el diseño de la Evaluación del Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (PIP-AI), se llevaron a cabo las siguientes acciones:

1. Definición del Objetivo de la Evaluación

El objetivo de la evaluación del PIP-AI correspondió a la optimización del mismo y de los subprogramas que lo conforman producto de la toma de decisiones respecto a su modificación y/o corrección a partir de los datos obtenidos de la validación del mismo y de los subprogramas que lo componen.

2. Definición del Tipo de Evaluación de Programas

De acuerdo a Bausela (2003) no existe un modelo general en la investigación evaluativa, por lo que el tipo de evaluación³ se puede establecer a través de distintas dimensiones que dependen de los objetivos y procedimientos propios de cada investigación evaluativa. Con base con lo mencionado, se consideraron distintos tipos tomando en cuenta las siguientes dimensiones:

- i. *Momento en que se realizó la evaluación.* Considerando esta dimensión, la presente evaluación se definió como una Evaluación Formativa, ya que según (Fernández-Ballesteros, 1996), es aquella que se realiza durante la elaboración o

³ Los Tipos de Evaluación fueron desarrollados en el Marco Teórico.

diseño del programa, en donde se evalúa de forma minuciosa y rigurosa sus elementos constituyentes con la finalidad de perfeccionar el programa. En este caso, se realizó una evaluación rigurosa de las acciones que componen el PIP-AI con la finalidad de optimizarlo.

- ii. *Relación del evaluador con el programa.* En consideración a esta dimensión, se definió como una Evaluación Desde Fuera, ya que es aquella realizada por personas ajenas a la elaboración del programa (Fernández-Ballesteros, 1996). En la presente investigación, la evaluación se llevó a cabo a través del juicio de valor de profesionales ajenos al diseño y a la elaboración del PIP-AI.
- iii. *Objeto a evaluar.* De acuerdo a esta dimensión, se definió la presente evaluación como una Evaluación del Diseño del Programa, la cual se basa en juzgar la pertinencia y eficacia potencial de un programa (Aguilar et al., 1994). En este caso, se evaluó la conveniencia de los elementos que componen el PIP-AI, la cual abarca no solo la adecuación del mismo, sino además valoración de su potencial eficacia.
- iv. *Finalidad de la evaluación.* Según esta dimensión, la presente evaluación se definió como una Evaluación Proactiva, la cual tiene como finalidad la evaluación con fines a la toma de decisiones sobre el programa en términos de mejorarlo (Fernández-Ballesteros, 1996). En este caso, se evaluó la conveniencia de las acciones contenidas en el PIP-AI para modificarlos o corregirlos con la finalidad de optimizarlo.

3. Especificación del Objeto de Evaluación

El Objeto de Evaluación correspondió a la evaluación del Diseño del Programa de Intervención Psicológica, ya que considerando lo mencionado por Aguilar y col. (1994), esta evaluación se basó en juzgar la adecuación del programa, considerando básicamente la valoración de los distintos componentes que lo constituyen.

4. Valoración de la Evaluabilidad del Programa

Con la finalidad de avalar la evaluabilidad del PIP-AI, se estructuró el PIP-AI especificando y definiendo explícitamente cada uno de sus elementos los cuales fueron respaldados por una exhaustiva y sistemática investigación teórica. Conjuntamente, se

definieron y se especificaron cada uno de las dimensiones a evaluar y los criterios de valoración.

Asimismo, tanto el diseño y elaboración del PIP-AI como el diseño de la evaluación del mismo, fueron el producto de los pasos planteados por bibliografía especializada en el tema, lo cual apoya su idoneidad en cuanto a su desarrollo. Y dado que la evaluación del PIP-AI corresponde a uno de los objetivos de la presente investigación, resulta obvia su contemplación desde el inicio.

5. Selección de las Dimensiones a Evaluar

En concordancia a los puntos anteriores, las dimensiones evaluadas en el PIP-AI y los subprogramas que lo componen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA), correspondieron a:

- i. **Objetivos Generales:** Definidos como los fines perseguidos a través del desarrollo del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman.
- ii. **Objetivos Específicos:** Definidos como planteamientos que guían las acciones a corto plazo, las cuales fueron derivados de los objetivos generales.
- iii. **Actividades:** Definido como las tareas concretas que se deben llevar a cabo para el logro de los objetivos planteados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman.
- iv. **Pautas de Cumplimiento:** Definidos como normas o índices de cumplimiento e instrumentos para evaluar todos y cada uno de los objetivos específicos del PIP-AI y de los subprogramas que lo constituyen.

6. Selección de los Criterios de Evaluación

Se eligieron los siguientes criterios de evaluación para la validación del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman:

- a) Pertinencia, adecuación y factibilidad de los objetivos generales.
- b) Pertinencia, adecuación y factibilidad de los objetivos específicos.
- c) Pertinencia, adecuación y suficiencia de las actividades.
- d) Suficiencia de los pautas de cumplimiento.

7. Especificación del Tipo de Respuesta

En concordancia al objetivo de evaluación planteado, a las dimensiones a evaluar, a los criterios de evaluación y con la finalidad de facilitar el proceso de evaluación por parte de los evaluadores, se optó por una respuesta de tipo dicotómica: de acuerdo/en desacuerdo. Además, en consideración de la optimización del PIP-AI, se incluye un apartado en donde los evaluadores pueden registrar observaciones o recomendaciones respecto a las dimensiones a evaluar en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforma.

8. Selección de la Estrategia de Evaluación

Para la evaluación del PIP-AI y de los subprogramas que lo constituyen se recurrió a la evaluación por juicio de experto, la cual consiste según Guevara (2005), en la preparación de un esquema que incluya los elementos y/o criterios que deben ser juzgados en el programa por expertos (Guevara, 2005).

Como se ha mencionado anteriormente, la evaluación consiste en emitir juicios de valor o adjudicar valor a un programa y/o intervención. En este sentido, la evaluación por juicio de expertos se definió como un conjunto de opiniones emitidas por un conjunto de profesionales de una disciplina asociada al programa a evaluar, respecto al valor o mérito de los elementos que lo constituyen obtenidos a través de un instrumento de recolección diseñado para ello.

9. Determinación de la Técnica de Recolección de datos.

En consideración a los puntos anteriores, se determinó como técnica de recolección de datos la encuesta ya que, tal como menciona Hernández (1996), es un medio útil para juzgar la adecuación de un programa y para la consulta a expertos ajenos al programa.

10. Determinación y Elaboración de los Instrumentos de Recolección de Datos

En correspondencia con el objeto de evaluación, al objetivo de la evaluación y a la naturaleza de los datos a obtener, se decidió construir los instrumentos de recolección de los datos, los cuales consistieron en tablas de registro que contenían las dimensiones a evaluar y los criterios valorativos.

Dado que la evaluación abarcó la evaluación tanto del PIP-AI como de los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA y MIV-CA) se diseñaron distintas tablas que contemplaron cada uno de ellos por separado con las dimensiones a evaluar y los criterios de evaluación correspondientes. A continuación se enumeran las acciones llevadas a cabo:

- i. *Elaboración de la Tabla A. Evaluación del PIP-AI.* Para ello, se consideró las dimensiones a evaluar (objetivos generales y específicos, actividades y pautas de cumplimiento) y los criterios de evaluación o valorativos (pertinencia, adecuación, factibilidad y suficiencia). Además, se introdujo una columna para las observaciones y recomendaciones por parte de los evaluadores. De esta forma, las casillas corresponden a las respuestas de los evaluadores. La tabla quedó constituida como se muestra en el **Anexo 15**.
- ii. *Elaboración de las Instrucciones para la Evaluación del PIP-AI.* Consistió en la descripción del objetivo de la evaluación del PIP-AI y de lo que se espera de los evaluadores, así como en la especificación de las dimensiones a evaluar y en la definición de los criterios valorativos. Asimismo, consistió en la descripción detallada de los pasos a seguir para el proceso de evaluación del PIP-AI y en la especificación del material a entregar a cada uno de los evaluadores. Las Instrucciones para la Evaluación del PIP-AI se pueden observar en el **Anexo 16**.
- iii. *Elaboración de la Tabla I. Evaluación del Programa del Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI).* Se elaboró una tabla que contemplara las dimensiones a evaluar en el subprograma y los criterios valorativos. Igualmente, se introdujo un apartado con el propósito de que los evaluadores realizaran observaciones y/o recomendaciones adicionales. La tabla quedó elaborada como se muestra en el **Anexo 17**.
- iv. *Elaboración de las Instrucciones para la Evaluación del Programa del Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI).* Consistió en la especificación de las acciones a seguir para la evaluación del subprograma y el material entregado para ello. Asimismo, se detallaron las dimensiones a evaluar y se presentaron las definiciones de los criterios de evaluación. Las instrucciones para la *Evaluación*

del Programa del Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI) se puede observar en el **Anexo 18**.

- v. *Elaboración de la Tabla II. Evaluación del Programa del Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD)*. Consistió en elaborar una tabla con los criterios valorativos y las dimensiones a evaluar en el subprograma. Asimismo, se introdujo un apartado para observaciones y/o recomendaciones a realizar por los evaluadores. La tabla quedó constituida como se puede observar en el **Anexo 19**.
- vi. *Elaboración de las Instrucciones para la Evaluación del Programa del Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD)*. Consistió en la descripción de los pasos necesarios para la evaluación del subprograma y en la especificación del material entregado para ello. Asimismo, se describieron las dimensiones a evaluar y se expusieron las definiciones de los criterios de evaluación. Las instrucciones para la *Evaluación del Programa del Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD)* se pueden apreciar en el **Anexo 20**.
- vii. *Elaboración de la Tabla III. Evaluación del Programa del Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA)*. Se elaboró una tabla con las dimensiones a evaluar en el subprograma y los criterios valorativos. Igualmente, se introdujo un apartado para las observaciones y/o recomendaciones a realizar por los evaluadores. La tabla quedó elaborada como se muestra en el **Anexo 21**.
- viii. *Elaboración de las Instrucciones para la Evaluación del Programa del Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA)*. Consistió en la especificación de las acciones a seguir para la evaluación del subprograma y en la descripción del material a entregar para ello. Igualmente, se detallaron las dimensiones a evaluar y se definieron los criterios de evaluación. Las instrucciones para la *Evaluación del Programa del Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA)* se pueden apreciar en el **Anexo 22**.
- ix. *Elaboración de la Tabla IV. Evaluación del Programa del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA)*. Consistió en la elaboración de una tabla que contemplara las dimensiones a evaluar en el subprograma y los criterios valorativos. Asimismo, se realizó un apartado con la finalidad de que los

evaluadores realizaran observaciones y/o recomendaciones adicionales. La tabla quedó constituida como se muestra en el **Anexo 23**.

- x. *Elaboración de las Instrucciones para la Evaluación del Programa del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA)*. Se fundamentó en la especificación de las actividades necesarias para la evaluación del subprograma y en la descripción del material entregado para ello. Igualmente, se describieron las dimensiones a evaluar y se definieron los criterios de evaluación. Las instrucciones para la *Evaluación del Programa del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA)* se puede apreciar en el **Anexo 24**.

Conjuntamente, se elaboraron los siguientes documentos:

- i. *Carta a los Evaluadores*. Se elaboró una carta en donde se solicita a los evaluadores a participar en la evaluación del PIP-AI. Además, se describieron los objetivos de la presente investigación y la importancia de su participación en la misma. *La carta se puede apreciar en el Anexo 25*.
- ii. *Hoja Formato Datos del Evaluador*. Se elaboró un documento con la finalidad de que los evaluadores registraran sus datos. Esto con propósitos de control de la presente investigación y bajo instancia de confidencialidad. *El documento se puede observar en el Anexo 26*.
- iii. *Hoja Formato Información de Contacto*. Se elaboró una carta en donde se detallaron algunos datos de la investigadora con la finalidad de que los evaluadores pudieran comunicarse con la misma en caso de ser necesario. *La misma se puede apreciar en el Anexo 27*.

11. Determinación de las Técnicas de Procedimiento y de Análisis de Datos

En concordancia con los puntos anteriores, el procesamiento de los datos consistió en la codificación de las respuestas emitidas por los evaluadores respecto a la conveniencia de las dimensiones evaluadas y su transferencia a una base de datos a través de Excel para realizar los análisis estadísticos.

Respecto al análisis de datos, se adoptaron las etapas planteadas por Shaughnessy, Zechmeister y Zechmeister (2007): Exploración de los datos, Descripción de los datos e Interpretación de los datos.

En consideración al nivel de medición de las variables y de los objetivos planteados en la presente investigación, se adoptaron las siguientes técnicas estadísticas descriptivas: distribuciones de frecuencias representadas en tablas y el estadístico de porcentaje de acuerdos para valorar la conveniencia de cada una de las variables definidas en la presente investigación.

12. Determinación y Disponibilidad de los Evaluadores.

Se determinó que el conjunto de evaluadores constara por profesionales de la Psicología, los cuales se presume son expertos en las áreas a considerar dentro de la evaluación. Se seleccionaron y se verificó su disponibilidad a través del contacto con los mismos vía telefónica y por e-mail.

13. Preparación del Material de Evaluación a entregar a los Evaluadores.

Previamente a la entrega del material a conferir a los evaluadores se realizaron las siguientes acciones:

- a *Elaboración del Formato de Evaluación de los Manuales de cada uno de los Subprogramas.* Consistió en la compilación de los Manuales (Manual del Participante y Cuaderno de Actividades) de cada uno de los módulos pertenecientes a los Subprogramas que comprenden el PIP-AI con el propósito de facilitar el proceso de evaluación por parte de los evaluadores.
- b *Distribución del Material de Evaluación.* Con la finalidad de facilitar la evaluación de los Evaluadores se distribuyó el material de evaluación de la siguiente forma:
 - i. *Carpeta dirigida a los Evaluadores.* La cual contiene los siguientes documentos: Carta a los Evaluadores, Formato para los datos de los Evaluadores y Formato de Información de Contacto.
 - ii. *Sobre A.* Se incluyeron los siguientes instrumentos: Programa de Intervención Psicológica (PIP-AI), la Tabla A. Evaluación del PIP-AI y las Instrucciones para la Evaluación del PIP-AI.

- iii. *Sobre I.* Se incluyeron los siguientes instrumentos: Programa del Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI), Manual del Participante del MI-ABI (Formato para Evaluación), la Tabla I. Evaluación del Programa del MI-ABI y las Instrucciones para la evaluación del Programa del MI-ABI.
- iv. *Sobre II.* Se introdujeron los siguientes instrumentos: Programa del Módulo II: Afrontando la Depresión, Manual del Participante del MII-AD (Formato para Evaluación), la Tabla II. Evaluación del Programa del MII-AD y las Instrucciones para la evaluación del Programa del MII-AD.
- v. *Sobre III.* Se introdujeron los siguientes instrumentos: Programa del Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA), Manual del Participante del MIII-AA (Formato para Evaluación), la Tabla III. Evaluación del Programa del MIII-AA y las Instrucciones para la evaluación del Programa del MIII-AA.
- vi. *Sobre IV.* Se presentaron los siguientes instrumentos: Programa del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA), Manual del Participante del MIV-AA (Formato para Evaluación), la Tabla IV. Evaluación del Programa del MIV-CA y las Instrucciones para la evaluación del Programa del MIV-CA.

5.6.3.2. Evaluación del Programa PIP-AI

Para la evaluación del Programa PIP-AI y los Subprogramas que lo conforman se llevaron a cabo las siguientes acciones:

1. Entrega del Material de Evaluación a los Evaluadores

Se procedió a contactar a cada uno de los evaluadores vía telefónica para posteriormente entregarles personalmente el material de evaluación.

2. Seguimiento de los Evaluadores

Se mantuvo constante contacto con cada uno de los evaluadores con la finalidad de monitorear su progreso y para solventar posibles dudas respecto al proceso de evaluación.

3. Recolección del Material de Evaluación

Se procedió a recolectar personalmente el material entregado a los evaluadores una vez que ellos reportaran haber culminado la evaluación.

4. Codificación de los Datos

Una vez recolectados los datos a través de los instrumentos de evaluación, se prosiguió a codificarlos. Para ello, se llevaron a cabo los pasos planteados por Hernández et al. (2006):

- i. *Establecer los Códigos.* Se establecieron los siguientes códigos para las alternativas de respuesta (1=En acuerdo y 0=En desacuerdo) respecto a los criterios de evaluación de cada una de las dimensiones del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman.
- ii. *Elaboración de las Hojas de Tabulación.* Se elaboraron las hojas de tabulación (matrices de datos) para vaciar los datos. Se elaboraron hojas de tabulación para los datos obtenidos de la evaluación del Programa PIP-AI y para cada uno de los subprogramas que lo conforman, en donde las filas correspondieron a las dimensiones evaluadas (objetivos específicos y generales, actividades y pautas de cumplimiento) y las columnas constituyeron los criterios de evaluación de las dimensiones mencionadas (factibilidad, adecuación, pertinencia y suficiencia).
- iii. *Codificación Física:* Consistió en vaciar las respuestas de los expertos emitidas en los instrumentos de recolección en las tablas de tabulación considerando los códigos establecidos. Las tablas se muestran en el **Anexo 28**.

5. Análisis de los Datos

Se analizaron los datos siguiendo las etapas mencionadas por Shaughnessy et al. (2007):

5.1. Etapa I: Exploratoria o Investigativa

De acuerdo a Shaughnessy et al. (2007), consiste en examinar los datos cuidadosamente para familiarizarnos con ellos y detectar posibles errores de registro. Los autores destacan la importancia de realizar presentaciones visuales de las distribuciones de los números.

En correspondencia con los autores mencionados, se examinaron los números de cada una de las tablas de cálculo o matrices de datos realizadas con la finalidad de familiarizarse con ellos y de detectar posibles errores durante el registro de los mismos.

Cabe destacar que el proceso de familiarización con los datos, se inició en el paso anterior, específicamente con la codificación física o transferencia de los datos de la evaluación del PIP-AI y de cada uno de los subprogramas a las tablas o matrices de datos.

5.2. Etapa II: Descriptiva

De acuerdo a Shaughnessy et al. (2007), consiste en resumir los datos de forma numérica (uso de estadísticos descriptivos), gráfica o verbal.

En concordancia con los autores mencionados, en la presente investigación se elaboraron distribuciones de frecuencia para cada una de las dimensiones estudiadas en forma de tablas. Asimismo, se calcularon los porcentajes de acuerdos para valorar la conveniencia de cada una de ellas. En definitiva, se realizó una descripción de los hallazgos obtenidos de la investigación.

5.3. Etapa III: Interpretación de los Datos

La interpretación de los datos consiste en confirmar lo que nos dicen los datos (Shaughnessy et al. 2007). De acuerdo a Tukey (1977 citado por Shaughnessy et al. 2007), este proceso de confirmación se inicia en la etapa exploratoria conforme se analizan las características generales de los datos y continúa en la etapa descriptiva cuando se observan ciertos patrones en los datos. No obstante, en la etapa final se enfatizar respecto a lo que significan los datos.

En este sentido, esta etapa consistió en evaluar e interpretar los resultados obtenidos en consideración de los objetivos planteados en la investigación.

5.6.3.3. Modificación del Programa PIP-AI

Con base en los resultados obtenidos de la evaluación del PIP-AI y de los Subprogramas que lo conforman, se realizaron las modificaciones pertinentes con la finalidad de optimizarlos. Para ello, se siguieron los siguientes criterios:

1. Cuando el porcentaje de acuerdo entre evaluadores resultara menor al 60% para cada una de las dimensiones evaluadas.

2. Cuando por lo menos 1 evaluador realizara una observación y/o recomendación pertinente⁴ en algunas de las dimensiones evaluadas.

⁴ A criterio del Diseñador del PIP-AI fundamentado en la teoría de base que orientó las acciones contempladas en el programa.

VI. RESULTADOS

Luego de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos elaborados según los lineamientos metodológicos especificados, se obtuvieron los resultados de la evaluación del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA). A continuación se presentarán los datos obtenidos en forma de tablas.

6.1. VALIDEZ DEL PROGRAMA

La validez del programa PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA), como fue señalado anteriormente, indica la medida en que sus objetivos son pertinentes, adecuados y factibles; sus actividades son pertinentes, adecuadas y suficientes; y, sus pautas de cumplimiento son suficientes para el logro de minimizar conductas de riesgo y/o maximizar conductas protectoras asociadas a la infertilidad.

Para determinar la validez del PIP-AI y de cada uno de los subprogramas que lo componen, se adoptó el estadístico de porcentaje de acuerdo definido como el porcentaje de acuerdo emitido por los expertos en los instrumentos de evaluación utilizados respecto a la conveniencia de los objetivos, actividades y pautas de cumplimiento formulados en los mismos.

Como se mencionó en la definición de la variable validez del programa, en la presente investigación se fijó como medida de Validez del PIP-AI y de los Subprogramas que lo conforman, que todos los objetivos, actividades y pautas de cumplimiento establecidos debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados. Específicamente:

- i. Los Objetivos del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA y MIV-CA) han de ser pertinentes, adecuados y factibles, es decir, el Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores para cada uno de los criterios de evaluación ha sido 60%.
- ii. Las Actividades del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA y MIV-CA) han de ser pertinentes, adecuados y suficientes,

es decir, el Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores para cada de los criterios de evaluación ha sido 60%.

- iii. Las Pautas de Cumplimiento del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA y MIV-CA) han de ser suficientes, es decir, el Porcentaje de Acuerdo entre Evaluadores para cada uno de los criterios de evaluación ha sido 60%.

A continuación se expondrán los resultados obtenidos respecto a la evaluación de las dimensiones de la variable de estudio.

6.1.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS RESPECTO A LAS DIMENSIONES DEL PIP-AI.

6.1.1.1. Validez de los Objetivos

La Validez de los Objetivos del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) como fue señalado anteriormente, es la medida en que sus objetivos generales y específicos son pertinentes, adecuados y factibles para el logro de la adquisición por parte de los participantes de técnicas de afrontamiento destinadas a minimizar conductas de riesgo y/o maximizar conductas protectoras asociadas a la infertilidad.

Para determinar la validez de los objetivos del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman se adoptó el estadístico de porcentaje de acuerdo definido como el porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la validez de los objetivos generales y específicos formulados en los mismos.

Como se señaló en la definición de la validez de los objetivos, en la presente investigación se fijó como medida de Validez de los Objetivos del PIP-AI y de los Subprogramas que lo constituyen, que todos los objetivos generales y específicos formulados debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados. Específicamente:

- i. Los objetivos del PIP-AI y de los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son pertinentes, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.

- ii. Los objetivos del PIP-AI y de los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son adecuados, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.
- iii. Los objetivos del PIP-AI y de los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son factibles, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.

A continuación los resultados obtenidos respecto a la pertinencia, adecuación y factibilidad de los objetivos enunciados en el PIP y en los subprogramas que lo conforman.

6.1.1.1.1. *Pertinencia de los Objetivos*

Como se mencionó anteriormente, la pertinencia es el grado en que los objetivos generales y específicos planteados en el PIP-AI y en los subprogramas que los conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) responden a las necesidades de la población a la cual van dirigidos.

En este sentido, representa el porcentaje de acuerdos emitidos por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la pertinencia de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen. Así, los resultados obtenidos fueron los siguientes.

Tabla N°12. Pertinencia de los Objetivos del PIP-AI

Objetivos Generales	PApobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a disminuir y/o controlar las conductas de riesgo asociadas a la infertilidad	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a maximizar conductas saludables y/o protectoras asociadas a la infertilidad	100%
Objetivos Específicos	PApobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran información acerca de algunos aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a controlar y/o disminuir conductas de depresión	100%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad	100%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a incrementar conductas de comunicación asertiva	100%

De acuerdo a la tabla anterior, se puede observar que el 100% de los evaluadores están de acuerdo en considerar que los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI son pertinentes. Recordemos que se había establecido como porcentaje mínimo de acuerdo esperado entre evaluadores el 60%, por lo que se considera cumplido

el criterio y, por ende, el PIP-AI es válido en cuanto a la pertinencia de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos enunciados en el PIP-AI responden a las necesidades de la población a la cual va dirigida.

Tabla N° 13. Pertinencia de los Objetivos del Subprograma MI-ABI.

Objetivos Generales	PAobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran información acerca de algunos aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad	100%
Objetivos Específicos	PAobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes identifiquen algunas partes de la anatomía y procesos básicos de la fisiología del aparato reproductor humano	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes identifiquen conceptos asociados a la infertilidad y las posibles causas de la misma	100%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes distingan las distintas técnicas de reproducción asistida, probabilidad de éxito asociada y efectos secundarios	90%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes identifiquen las conductas más frecuentes ante la infertilidad	90%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes señalen el papel del psicólogo en la infertilidad	80%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes identifiquen las distintas alternativas para construir una familia	80%

En los datos de la tabla N° 13, se puede apreciar que según las opiniones emitidas por los evaluadores, los objetivos generales y específicos formulados en el Subprograma MI-ABI son pertinentes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera cumplido el criterio y, por consiguiente, el Subprograma MI-ABI es válido respecto a la pertinencia de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos planteados en el mismo responden a las necesidades de la población a la cual va dirigida.

Tabla N° 14. Pertinencia de los Objetivos del Subprograma MII-AD.

Objetivos Generales	PAobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a disminuir conductas de depresión	100%
Objetivos Específicos	PAobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes identifiquen la relación entre conducta y estado de ánimo	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes aumenten la frecuencia de las actividades agradables	80%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes planifiquen el tiempo con antelación	80%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes definan objetivos en términos objetivos, positivos, bajo control propio y realistas	80%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes identifiquen la relación entre pensamientos y estado de ánimo	90%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes modifiquen los pensamientos negativos	80%

En la tabla N° 14, se puede observar que de acuerdo a los evaluadores, los objetivos generales y específicos del Subprograma MII-AD son pertinentes, siendo los

porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Tomando en cuenta que el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores establecido era el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el Subprograma MII-AD es válido respecto a la pertinencia de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el Subprograma MII-AD responden a las necesidades de la población a la cual va dirigida.

Tabla N° 15. Pertinencia de los Objetivos del Subprograma MIII-AA.

Objetivos Generales	PApobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad	100%
Objetivos Específicos	PApobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes identifiquen la relación existente entre cognición, emoción y conducta	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes realicen correctamente los ejercicios de relajación	90%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes adquieran algunas estrategias para desviar la atención ante situaciones ansiógenas	90%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes evalúen y construyan un sistema de apoyo	90%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes controlen los pensamientos ansiógenos	100%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes programen actividades para los días de espera de los resultados	100%

De acuerdo a la Tabla N° 15, se puede observar que según las opiniones emitidas por los evaluadores, los objetivos generales y específicos del Subprograma MIII-AA son pertinentes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 90%. Recordemos que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado el 60%, por lo que se considera alcanzado el criterio y, por ende, el Subprograma MIII-AA es válido respecto a la pertinencia de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el subprograma responden a las necesidades de la población a la cual se dirige.

Tabla N° 16. Pertinencia de los Objetivos del Subprograma MIV-CA.

Objetivos Generales	PApobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran habilidades para incrementar la frecuencia de las interacciones positivas con su cónyuge	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes adquieran información acerca de algunas pautas de comunicación asertiva con familiares y amigos	100%
Objetivos Específicos	PApobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran conductas dirigidas a aumentar la frecuencia del intercambio positivo con su cónyuge	90%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes evalúen y practiquen conductas destinadas a una comunicación positiva con su cónyuge	90%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes ejerciten la expresión de sentimientos	90%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes ejerciten algunas pautas para solución de problemas	80%

<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes discutan algunos lineamientos a seguir para que la infertilidad no afecte las relaciones sexuales	80%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes discutan acerca de algunas pautas para una comunicación asertiva con los familiares y/o amigos	80%

En la Tabla N° 16 se puede observar que según las opiniones de los evaluadores obtenidos en los instrumentos de medición, los objetivos generales y específicos del Subprograma MIV-CA son pertinentes, siendo los porcentajes de acuerdo 80%. Tomando en cuenta que el mínimo porcentaje de acuerdo esperado entre evaluadores era del 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el Subprograma MIV-CA es válido respecto la pertinencia de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el Subprograma son adecuados a las necesidades a la cual va dirigida.

Con base a lo mencionado, los objetivos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son pertinentes dado que de acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todos los objetivos generales y específicos enunciados en los mismos han resultado pertinentes, es decir, el porcentaje de acuerdo entre evaluadores respecto a la pertinencia de todos los objetivos generales y específicos formulados han sido 60%, cumpliéndose de esta forma el criterio definido para ello.

6.1.1.1.2. Adecuación de los Objetivos

Como se señaló anteriormente, la adecuación de los objetivos es el grado en que los objetivos generales y específicos planteados en el PIP-AI y en los subprogramas que los conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son apropiados para la población a la que va dirigida.

En este sentido, representa el porcentaje de acuerdos emitidos por los evaluadores en los instrumentos de evaluación utilizadas respecto a la adecuación de los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen. Así, los resultados obtenidos fueron los siguientes.

Tabla N°17. Adecuación de los Objetivos del PIP-AI

Objetivos Generales	PAobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a disminuir y/o controlar las conductas de riesgo asociadas a la infertilidad	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a maximizar	100%

conductas saludables y/o protectoras asociadas a la infertilidad	
Objetivos Específicos	PAaobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran información acerca de algunos aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a controlar y/o disminuir conductas de depresión	100%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad	100%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a incrementar conductas de comunicación asertiva	100%

En la tabla N° 17, se puede observar que el 100% de los evaluadores están de acuerdo en considerar que los objetivos generales y específicos del PIP-AI son adecuados. Tomando en cuenta que el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores establecido era el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el PIP-AI es válido respecto a la adecuación de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI son apropiados para la población a la que va dirigida.

Tabla N° 18. Adecuación de los Objetivos del Subprograma MI-ABI.

Objetivos Generales	PAaobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran información acerca de algunos aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad	100%
Objetivos Específicos	PAaobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes identifiquen algunas partes de la anatomía y procesos básicos de la fisiología del aparato reproductor humano	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes identifiquen conceptos asociados a la infertilidad y las posibles causas de la misma	100%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes distingan las distintas técnicas de reproducción asistida, probabilidad de éxito asociada y efectos secundarios	100%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes identifiquen las conductas más frecuentes ante la infertilidad	90%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes señalen el papel del psicólogo en la infertilidad	90%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes identifiquen las distintas alternativas para construir una familia	80%

De acuerdo a la Tabla N° 18, se puede observar que según las opiniones emitidas por los expertos, los objetivos generales y específicos del Subprograma MI-ABI son adecuados, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Recordemos que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado el 60%, por lo que se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el Subprograma MI-ABI es válido respecto a la adecuación de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el MI-ABI son apropiados para la población a la que va dirigida.

Tabla N° 19. Adecuación de los Objetivos del Subprograma MII-AD.

Objetivos Generales	PAaobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a disminuir conductas de depresión	100%
Objetivos Específicos	PAaobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes identifiquen la relación entre conducta y estado de ánimo	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes aumenten la frecuencia de las actividades agradables	70%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes planifiquen el tiempo con antelación	80%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes definan objetivos en términos objetivos, positivos, bajo control propio y realistas	80%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes identifiquen la relación entre pensamientos y estado de ánimo	90%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes modifiquen los pensamientos negativos	80%

En la tabla N° 19, se puede observar que de acuerdo a la opinión de los evaluadores, los objetivos generales y específicos del Subprograma MII-AD son adecuados, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 70%. Tomando en cuenta que el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores establecido era el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MII-AD es válido respecto a la adecuación de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el MII-AD son adecuados para la población a la cual va dirigida.

Tabla N° 20. Adecuación de los Objetivos del Subprograma MIII-AA.

Objetivos Generales	PAaobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad	100%
Objetivos Específicos	PAaobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes identifiquen la relación existente entre cognición, emoción y conducta	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes realicen correctamente los ejercicios de relajación	90%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes adquieran algunas estrategias para desviar la atención ante situaciones ansiógenas	90%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes evalúen y construyan un sistema de apoyo	90%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes controlen los pensamientos ansiógenos	100%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes programen actividades para los días de espera de los resultados	100%

En la tabla N° 20, se puede apreciar que según la opinión emitida por los evaluadores, los objetivos generales y específicos del Subprograma MIII-AA son adecuados, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 90%. Tomando en cuenta que el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores establecido era el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el MIII-AA es válido respecto a la adecuación de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el MIII-AA son adecuados para la población a la cual va dirigida.

Tabla N° 21. Adecuación de los Objetivos del Subprograma MIV-CA

Objetivos Generales	PAaobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran habilidades para incrementar la frecuencia de las interacciones positivas con su cónyuge	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes adquieran información acerca de algunas pautas de comunicación asertiva con familiares y amigos	100%
Objetivos Específicos	PAaobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran conductas dirigidas a aumentar la frecuencia del intercambio positivo con su cónyuge	90%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes evalúen y practiquen conductas destinadas a una comunicación positiva con su cónyuge	90%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes ejerciten la expresión de sentimientos	90%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes ejerciten algunas pautas para solución de problemas	80%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes discutan algunos lineamientos a seguir para que la infertilidad no afecte las relaciones sexuales	80%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes discutan acerca de algunas pautas para una comunicación asertiva con los familiares y/o amigos	80%

En la tabla N° 21, se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, los objetivos generales y específicos del Subprograma MIV-CA son adecuados, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Recordemos que el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre expertos era el 60%, por lo que se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MIV-CA es válido respecto a la adecuación de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el MIV-CA son apropiados para la población a la cual va dirigida.

Con base a lo mencionado, los objetivos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son adecuados dado que según los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todos los objetivos generales y específicos enunciados en los mismos han resultado adecuados, es decir, el porcentaje de acuerdo entre evaluadores respecto a la adecuación de todos los objetivos generales y específicos han sido 60%, cumpliéndose de esta forma el criterio definido para ello.

6.1.1.1.3. Factibilidad de los Objetivos

Tal como se mencionó anteriormente, la factibilidad de los objetivos es el grado en que los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA), son potencialmente alcanzables.

En este sentido, representa el porcentaje de acuerdos emitidos por los evaluadores en los instrumentos de recolección de datos respecto a la factibilidad de los

objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman. Así, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla N°22. Factibilidad de los Objetivos del PIP-AI

Objetivos Generales	PAfobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a disminuir y/o controlar las conductas de riesgo asociadas a la infertilidad	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a maximizar conductas saludables y/o protectoras asociadas a la infertilidad	100%
Objetivos Específicos	PAfobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran información acerca de algunos aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a controlar y/o disminuir conductas de depresión	100%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad	100%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a incrementar conductas de comunicación asertiva	100%

En la tabla N° 22, se puede observar que el 100% de los evaluadores consideró que los objetivos generales y específicos del PIP-AI son factibles. Tomando en cuenta que el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores era el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el PIP-AI es válido respecto a la factibilidad de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI son potencialmente alcanzables.

Tabla N° 23. Factibilidad de los Objetivos del Subprograma MI-ABI

Objetivos Generales	PAfobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran información acerca de algunos aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad	100%
Objetivos Específicos	PAfobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes identifiquen algunas partes de la anatomía y procesos básicos de la fisiología del aparato reproductor humano	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes identifiquen conceptos asociados a la infertilidad y las posibles causas de la misma	100%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes distingan las distintas técnicas de reproducción asistida, probabilidad de éxito asociada y efectos secundarios	100%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes identifiquen las conductas más frecuentes ante la infertilidad	90%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes señalen el papel del psicólogo en la infertilidad	100%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes identifiquen las distintas alternativas para construir una familia	90%

En la tabla N° 23, se puede apreciar que según la opinión emitida por los evaluadores, los objetivos generales y específicos del Subprograma MI-ABI son factibles, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 90%. Tomando en cuenta que el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores era el 60%, se considera

alcanzado el criterio y, por consiguiente, el MI-ABI es válido respecto a la factibilidad de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el MI-ABI son potencialmente realizables.

Tabla N° 24. Factibilidad de los Objetivos del Subprograma MII-AD

Objetivos Generales	PAfobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a disminuir conductas de depresión	90%
Objetivos Específicos	PAfobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes identifiquen la relación entre conducta y estado de ánimo	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes aumenten la frecuencia de las actividades agradables	70%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes planifiquen el tiempo con antelación	80%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes definan objetivos en términos objetivos, positivos, bajo control propio y realistas	80%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes identifiquen la relación entre pensamientos y estado de ánimo	90%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes modifiquen los pensamientos negativos	80%

En la tabla N° 24, se puede apreciar que de acuerdo a la opinión emitida por los evaluadores, los objetivos generales y específicos del Subprograma MII-AD son factibles, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 70%. Tomando en cuenta que el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores era el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MII-AD es válido respecto a la factibilidad de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el MII-AD son viables.

Tabla N° 25. Factibilidad de los Objetivos del Subprograma MIII-AA

Objetivos Generales	PAfobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad	90%
Objetivos Específicos	PAfobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes identifiquen la relación existente entre cognición, emoción y conducta	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes realicen correctamente los ejercicios de relajación	90%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes adquieran algunas estrategias para desviar la atención ante situaciones ansiógenas	90%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes evalúen y construyan un sistema de apoyo	90%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes controlen los pensamientos ansiógenos	100%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes programen actividades para los días de espera de los resultados	100%

De acuerdo a la tabla N° 25, se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, los objetivos generales y específicos del Subprograma MIII-AA son factibles, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 90%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el

60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MIII-AA es válido respecto a la factibilidad de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el MIII-AA son potencialmente realizables.

Tabla N° 26. Factibilidad de los Objetivos del Subprograma MIV-CA

Objetivos Generales	PAfobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran habilidades para incrementar la frecuencia de las interacciones positivas con su cónyuge	100%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes adquieran información acerca de algunas pautas de comunicación asertiva con familiares y amigos	100%
Objetivos Específicos	PAfobj
<i>Objetivo 1:</i> Que los participantes adquieran conductas dirigidas a aumentar la frecuencia del intercambio positivo con su cónyuge	90%
<i>Objetivo 2:</i> Que los participantes evalúen y practiquen conductas destinadas a una comunicación positiva con su cónyuge	90%
<i>Objetivo 3:</i> Que los participantes ejerciten la expresión de sentimientos	90%
<i>Objetivo 4:</i> Que los participantes ejerciten algunas pautas para solución de problemas	80%
<i>Objetivo 5:</i> Que los participantes discutan algunos lineamientos a seguir para que la infertilidad no afecte las relaciones sexuales	80%
<i>Objetivo 6:</i> Que los participantes discutan acerca de algunas pautas para una comunicación asertiva con los familiares y/o amigos	70%

En la tabla N° 26, se puede apreciar que de acuerdo a la opinión emitida por los evaluadores, los objetivos generales y específicos del Subprograma MIV-CA son factibles, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 70%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MIV-CA es válido respecto a la factibilidad de sus objetivos, es decir, los objetivos generales y específicos formulados en el MIV-CA son potencialmente alcanzables.

Con base a lo mencionado, los objetivos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son factibles dado que de acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todos los objetivos generales y específicos enunciados en los mismos han resultado factibles, es decir, el porcentaje de acuerdo entre evaluadores de la factibilidad de todos los objetivos generales y específicos han sido 60%, cumpliéndose de esta forma el criterio definido para ello.

6.1.1.2. Validez de las Actividades

La Validez de las Actividades del PIP-AI y de los subprogramas que lo componen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) como fue señalado anteriormente, es

la medida en que las actividades formuladas en los mismos son pertinentes, adecuados y suficientes para el logro de la adquisición de los participantes de técnicas de afrontamiento destinadas a minimizar conductas de riesgo y/o maximizar conductas protectoras asociadas a la infertilidad.

Para determinar la validez de las actividades del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman se adoptó el estadístico de porcentaje de acuerdo definido como el porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la validez de las actividades enunciadas en los mismos.

Como se mencionó en la definición de la validez de las actividades, se fijó como medida de Validez de las Actividades del PIP-AI y de los Subprogramas que lo constituyen, que todas las actividades planteadas debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados. Específicamente:

- i. Las actividades del PIP-AI y de los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son pertinentes, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.
- ii. Las actividades del PIP-AI y de los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son adecuados, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.
- iii. Las actividades del PIP-AI y de los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son suficientes, es decir, los porcentajes de acuerdo entre evaluadores han sido 60%.

A continuación los resultados obtenidos respecto a la pertinencia, adecuación y suficiencia de las actividades planteadas en el PIP y en los subprogramas que lo conforman.

6.1.1.2.1. Pertinencia de las Actividades

Como se señaló anteriormente, la pertinencia de las actividades es el grado en que las actividades enunciadas en el PIP-AI y en los subprogramas que los conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son congruentes con los objetivos planteados en los mismos.

En este sentido, representa el porcentaje de acuerdos emitidos por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la pertinencia de las actividades formuladas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen. Así, los resultados obtenidos fueron los siguientes.

Tabla N° 27. Pertinencia de las Actividades del PIP-AI

Actividades	PApact
Actividad 1: Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI)	90%
Actividad 2: Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD)	90%
Actividad 3: Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA)	90%
Actividad 4: Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA)	80%

En la tabla anterior, puede observarse que de acuerdo a la opinión emitida por los evaluadores, las actividades descritas en el PIP-AI son pertinentes, ya que los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el PIP-AI es válido respecto a la pertinencia de sus actividades, es decir, las actividades descritas en el PIP-AI son congruentes con los objetivos planteados en el mismo.

Tabla N° 28. Pertinencia de las Actividades del MI-ABI

Actividades	PApact
Actividad 1: Anatomía y fisiología del sistema reproductor humano	100%
Actividad 2: ¿Qué debo saber respecto a la Infertilidad?	100%
Actividad 3: ¿Cuáles son las Técnicas de Reproducción Asistida?	100%
Actividad 4: ¿Cómo podríamos reaccionar ante la Infertilidad?	100%
Actividad 5: ¿Cuándo es necesaria la ayuda psicológica?	100%
Actividad 6: Alternativas a las TRA para construir una familia	100%

En la tabla N° 28, se puede apreciar que el 100% de los evaluadores consideró que las actividades descritas en del Subprograma MI-ABI son pertinentes. Tomando en cuenta que el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores era el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el Subprograma MI-ABI es válido respecto a la pertinencia de sus actividades, es decir, las actividades enunciadas en el MI-ABI son congruentes con los objetivos formulados en dicho Subprograma.

Tabla N° 29. Pertinencia de las Actividades del MII-AD

Actividades	PApact
Actividad 1: Entendiendo la depresión	100%
Actividad 2: Aumentando las actividades agradables	100%
Actividad 3: Programación diaria	100%

<i>Actividad 4:</i> Definiendo objetivos	90%
<i>Actividad 5:</i> Pensamientos y sentimientos	90%
<i>Actividad 6:</i> Usando el método A-B-C-D-E	90%

En la tabla N° 29, se puede observar que de acuerdo a la opinión emitida por los evaluadores, las actividades descritas en el MII-AD son pertinentes, dado que los porcentajes de acuerdo obtenidos 90%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el MII-AD es válido respecto a la pertinencia de sus actividades, es decir, las actividades descritas en el MII-AD son congruentes con los objetivos planteados en dicho subprograma.

Tabla N° 30. *Pertinencia de las Actividades del MIII-AA*

Actividades	PApact
<i>Actividad 1:</i> Entendiendo la Ansiedad	100%
<i>Actividad 2:</i> ¡A Relajarse!	100%
<i>Actividad 3:</i> ¡Distracción!	100%
<i>Actividad 4:</i> Construya su Sistema de Apoyo	100%
<i>Actividad 5:</i> Dígale ¡STOP! a los Pensamientos Negativos	100%
<i>Actividad 6:</i> Programe las actividades para los días de espera	100%

Se puede observar en la tabla anterior que el 100% de los evaluadores están de acuerdo en considerar que las actividades descritas en el MIII-AA son pertinentes. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MIII-AA es válido respecto a la pertinencia de sus actividades, es decir, las actividades enunciadas en el MIII-AA son congruentes con los objetivos planteados en el mismo.

Tabla N° 31. *Pertinencia de las Actividades del MIV-CA*

Actividades	PApact
<i>Actividad 1:</i> “Pille a su pareja haciendo algo agradable... y hágaselo saber”	90%
<i>Actividad 2:</i> Cómo lograr una comunicación positiva	100%
<i>Actividad 3:</i> Expresión de sentimientos	100%
<i>Actividad 4:</i> Solución de problemas	100%
<i>Actividad 5:</i> Afecto físico	100%
<i>Actividad 6:</i> Dirigirse a la familia y/o amigos	100%

En la tabla N° 31, se puede apreciar que según la opinión emitida por los evaluadores, las actividades descritas en el MIV-CA son pertinentes, dado que los porcentajes de acuerdo obtenidos 90%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el MIV-CA es válido respecto a la pertinencia

de sus actividades, es decir, las actividades descritas en el MIV-CA son congruentes con los objetivos planteados en dicho subprograma.

Con base a lo mencionado, las actividades planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son pertinentes dado según los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todas las actividades enunciadas en los mismos han resultado factibles, es decir, el porcentaje de acuerdo entre evaluadores respecto a la factibilidad de todas las actividades han sido 60%, cumpliéndose de esta forma el criterio definido para ello.

6.1.1.2.2. Adecuación de las Actividades

Como se señaló anteriormente, la pertinencia de las actividades es el grado en que las actividades propuestas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen son apropiadas para el logro de los objetivos planteados en los mismos.

En este sentido, representa el porcentaje de acuerdos emitidos por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la adecuación de las actividades enunciadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen. Así, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla N° 32. Adecuación de las Actividades del PIP-AI

Actividades	PAaact
Actividad 1: Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI)	90%
Actividad 2: Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD)	90%
Actividad 3: Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA)	90%
Actividad 4: Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA)	90%

En la tabla N° 32, se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, las actividades descritas en el PIP-AI son adecuadas, dado que los porcentajes de acuerdo obtenidos fueron 90%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el PIP-AI es válido respecto a la adecuación de sus actividades, es decir, las actividades descritas en el PIP-AI son apropiadas para el logro de los objetivos planteados en el mismo.

Tabla N° 33. Adecuación de las Actividades del MI-ABI

Actividades	PAaact
Actividad 1: Anatomía y fisiología del sistema reproductor humano	100%
Actividad 2: ¿Qué debo saber respecto a la Infertilidad?	100%
Actividad 3: ¿Cuáles son las Técnicas de Reproducción Asistida?	100%
Actividad 4: ¿Cómo podríamos reaccionar ante la Infertilidad?	100%
Actividad 5: ¿Cuándo es necesaria la ayuda psicológica?	100%
Actividad 6: Alternativas a las TRA para construir una familia	100%

En la tabla anterior se puede apreciar que el 100% de los evaluadores están de acuerdo en considerar que las actividades descritas en el MI-ABI son adecuadas. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MI-ABI es válido respecto a la adecuación de sus actividades, es decir, las actividades planteadas en el MI-ABI son idóneas para el logro de los objetivos formulados en el mismo.

Tabla N° 34. Adecuación de las Actividades del MII-AD

Actividades	PAaact
Actividad 1: Entendiendo la depresión	100%
Actividad 2: Aumentando las actividades agradables	100%
Actividad 3: Programación diaria	100%
Actividad 4: Definiendo objetivos	90%
Actividad 5: Pensamientos y sentimientos	90%
Actividad 6: Usando el método A-B-C-D-E	90%

De acuerdo a la tabla N° 34, se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, las actividades planteadas en el Subprograma MII-Ad son adecuadas, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 90%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MII-AD es válido respecto a la adecuación de sus actividades, es decir, las actividades descritas en el MII-AD son apropiadas para el alcance de los objetivos formulados en dicho subprograma.

Tabla N° 35. Adecuación de las Actividades del MIII-AA

Actividades	PAaact
Actividad 1: Entendiendo la Ansiedad	100%
Actividad 2: ¡A Relajarse!	100%
Actividad 3: ¡Distracción!	100%
Actividad 4: Construya su Sistema de Apoyo	100%
Actividad 5: Dígame ¡STOP! a los Pensamientos Negativos	100%

Actividad 6: Programe las actividades para los días de espera 100%

En la tabla N° 35, se puede apreciar que el 100% de los evaluadores juzgó que las actividades descritas en el Subprograma MIII-AA son adecuadas. Tomando en cuenta que el porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores era el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el Subprograma MIII-AA es válido respecto a la adecuación de sus actividades, es decir, las actividades enunciadas en el MIII-AA son apropiadas para el logro de los objetivos formulados en dicho Subprograma.

Tabla N° 36. *Adecuación de las Actividades del MIV-CA*

Actividades	PAaact
<i>Actividad 1:</i> “Pille a su pareja haciendo algo agradable... y hágaselo saber”	90%
<i>Actividad 2:</i> Cómo lograr una comunicación positiva	90%
<i>Actividad 3:</i> Expresión de sentimientos	90%
<i>Actividad 4:</i> Solución de problemas	80%
<i>Actividad 5:</i> Afecto físico	80%
<i>Actividad 6:</i> Dirigirse a la familia y/o amigos	80%

De acuerdo con la tabla N° 36, se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, las actividades del Subprograma MIV-CA son adecuadas, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MIV-CA es válido respecto a la adecuación de las actividades, es decir, las actividades descritas en el subprograma MIV-CA son adecuadas para el logro de los objetivos planteados en el mismo.

Con base a lo mencionado, las actividades planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son adecuadas dado que según los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todas las actividades enunciadas en los mismos han resultado adecuadas, es decir, el porcentaje de acuerdo entre evaluadores respecto a la adecuación de todas las actividades han sido 60%, cumpliéndose así el criterio definido para ello.

6.1.1.2.3. *Suficiencia de las Actividades*

Como se señaló anteriormente, la suficiencia de las actividades es el grado en que las actividades enunciadas en PIP-AI y en los subprogramas que los conforman (MI-

ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son suficientes para alcanzar los objetivos que se persiguen en los mismos.

En este sentido, representa el porcentaje de acuerdos emitidos por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la suficiencia de las actividades enunciadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen. Así, los resultados obtenidos fueron los siguientes.

Tabla N° 37. Suficiencia de las Actividades del PIP-AI

Actividades	PA _{sact}
Actividad 1: Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI)	80%
Actividad 2: Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD)	80%
Actividad 3: Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA)	80%
Actividad 4: Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA)	80%

En la tabla N° 37, se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, las actividades del Subprograma PIP-AI son suficientes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el PIP-AI es válido respecto a la suficiencia de las actividades, es decir, las actividades descritas en el PIP-AI son suficientes para el logro de los objetivos planteados en el mismo.

Tabla N° 38. Suficiencia de las Actividades del MI-ABI

Actividades	PA _{sact}
Actividad 1: Anatomía y fisiología del sistema reproductor humano	100%
Actividad 2: ¿Qué debo saber respecto a la Infertilidad?	100%
Actividad 3: ¿Cuáles son las Técnicas de Reproducción Asistida?	100%
Actividad 4: ¿Cómo podríamos reaccionar ante la Infertilidad?	100%
Actividad 5: ¿Cuándo es necesaria la ayuda psicológica?	100%
Actividad 6: Alternativas a las TRA para construir una familia	100%

En la tabla anterior, se puede apreciar que el 100% de los evaluadores consideró que las actividades descritas en el Subprograma MI-ABI son suficientes. Recordemos que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, por lo que se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el Subprograma MI-ABI es válido respecto a la suficiencia de sus actividades, es decir, las actividades enunciadas en el MI-ABI son suficientes para el logro de los objetivos formulados en dicho Subprograma.

Tabla N° 39. Suficiencia de las Actividades del MII-AD

Actividades	PAsect
Actividad 1: Entendiendo la depresión	90%
Actividad 2: Aumentando las actividades agradables	100%
Actividad 3: Programación diaria	100%
Actividad 4: Definiendo objetivos	90%
Actividad 5: Pensamientos y sentimientos	80%
Actividad 6: Usando el método A-B-C-D-E	90%

En la tabla N° 39, se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, las actividades del Subprograma MII-AD son suficientes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MII-AD es válido respecto a la suficiencia de las actividades, es decir, las actividades descritas en el subprograma MII-AD son suficientes para el logro de los objetivos planteados en el mismo.

Tabla N° 40. Suficiencia de las Actividades del MIII-AA

Actividades	PAsect
Actividad 1: Entendiendo la Ansiedad	100%
Actividad 2: ¡A Relajarse!	100%
Actividad 3: ¡Distracción!	100%
Actividad 4: Construya su Sistema de Apoyo	90%
Actividad 5: Dígale ¡STOP! a los Pensamientos Negativos	100%
Actividad 6: Programe las actividades para los días de espera	100%

En la tabla N° 40, se puede apreciar que conforme a la opinión emitida por los evaluadores, las actividades del Subprograma MIII-AA son suficientes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 90%. Recordemos que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MIII-AA es válido respecto a la suficiencia de las actividades, es decir, las actividades descritas en el subprograma MIII-AA son suficientes para el logro de los objetivos formulados en el mismo.

Tabla N° 41. Suficiencia de las Actividades del MIV-CA

Actividades	PAsect
Actividad 1: "Pille a su pareja haciendo algo agradable... y hágaselo saber"	90%
Actividad 2: Cómo lograr una comunicación positiva	100%
Actividad 3: Expresión de sentimientos	100%
Actividad 4: Solución de problemas	100%
Actividad 5: Afecto físico	100%
Actividad 6: Dirigirse a la familia y/o amigos	100%

En la tabla N° 41 se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, las actividades del Subprograma MIV-CA son suficientes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 90%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el MIV-CA es válido respecto a la suficiencia de las actividades, es decir, las actividades planteadas en el subprograma MIV-CA son suficientes para el logro de los objetivos enunciados en el mismo.

Con base a lo mencionado, las actividades planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son suficientes dado que según los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todas las actividades enunciadas en los mismos han resultado suficientes, es decir, el porcentaje de acuerdo entre evaluadores referente a la suficiencia de todas las actividades han sido 60%, cumpliéndose de esta forma el criterio definido para ello.

6.1.1.3. Validez de las Pautas de Cumplimiento

La validez de las Pautas de Cumplimiento del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforma (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA), como fue señalado anteriormente, es la medida en que las pautas de cumplimiento definidas en los mismos son suficientes para el logro de la adquisición de los participantes de técnicas de afrontamiento destinadas a minimizar conductas de riesgo y/o maximizar conductas protectoras asociadas a la infertilidad.

Para determinar la validez de las pautas de cumplimiento del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman se adoptó el estadístico de porcentaje de acuerdo definido como el porcentaje de acuerdo emitido por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la validez de las pautas de cumplimiento formulados en los mismos.

A continuación los resultados obtenidos respecto a la suficiencia de las pautas de cumplimiento enunciados en el PIP y en los subprogramas que lo conforman.

6.1.1.3.1. Suficiencia de las Pautas de Cumplimiento

Como se mencionó anteriormente, la suficiencia de las pautas de cumplimiento es el grado en que las pautas de cumplimiento fijadas en el PIP-AI y en los

subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son suficientes para el logro de los objetivos planteados.

En este sentido, representa el porcentaje de acuerdo emitidos por los evaluadores en los instrumentos de evaluación respecto a la suficiencia de las pautas de cumplimiento establecidas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo componen. Así, los resultados obtenidos fueron los siguientes.

Tabla N° 42. *Suficiencia de las Pautas de Cumplimiento del PIP-AI*

Pautas de Cumplimiento Específicos	PAspac
<i>Pauta de Cumplimiento 1:</i> Cuando el 80% de los participantes hayan logrado responder acertadamente el 70% (17 ítems) de las preguntas contenidas en el Cuestionario AB-I luego de la presentación oral por parte de los profesionales encargados del taller.	80%
<i>Pauta de Cumplimiento 2:</i> Cuando se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación descrito en el Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD).	80%
<i>Pauta de Cumplimiento 3:</i> Cuando se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación descritos en el Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA)	80%
<i>Pauta de Cumplimiento 4:</i> Cuando se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA)	80%
Pauta de Cumplimiento Total	PAspac
<i>Pauta de Cumplimiento:</i> Que por lo menos se cumplan tres de los criterios de evaluación descritos	80%

En la tabla N° 42, se puede apreciar que de acuerdo a la opinión emitida por los evaluadores, las pautas de cumplimiento del PIP-AI son suficientes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el PIP-AI es válido respecto a la suficiencia de las pautas de cumplimiento, es decir, las pautas de cumplimiento enunciadas en el subprograma PIP-AI son suficientes para el logro de los objetivos planteados en el mismo.

Tabla N° 43. *Suficiencia de la Pauta de Cumplimiento del MI-ABI*

Pauta de Cumplimiento	PAspac
<i>Pauta de Cumplimiento 1:</i> Cuando el 80% de los participantes hayan logrado responder acertadamente el 70% (17 ítems) de las preguntas contenidas en el Cuestionario AB-I luego de la presentación oral por parte de los profesionales encargados del taller.	80%

En la tabla anterior, se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, las pautas de cumplimiento Subprograma MI-ABI son suficientes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Tomando en cuenta que se había

establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MI-ABI es válido respecto a la suficiencia de las pautas de cumplimiento, es decir, las pautas de cumplimiento descritas en el subprograma MI-ABI son suficientes para el alcance de los objetivos formulados en el mismo.

Tabla N° 44. Suficiencia de las Pautas de Cumplimiento del MII-AD

Pautas de Cumplimiento Específicos	PAspac
<i>Pauta de Cumplimiento 1:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Siga la pista a su estado de ánimo” durante la sesión y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 2:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Aumente las actividades agradables” durante la sesión y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 3:</i> Que el participante asista a la sesión “Programación diaria” y realice una planificación del tiempo como asignación para la casa	100%
<i>Pauta de Cumplimiento 4:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Definiendo objetivos” durante la sesión y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 5:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Pensamientos y Sentimientos” durante la casa y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 6:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Usando el Método A-B-C-D-E” durante la sesión y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 7:</i> Que el participante participe de forma activa en la página web destinada al monitoreo y/o seguimiento de las tareas para la casa	90%
Pauta de Cumplimiento Total	PAspac
<i>Pauta de Cumplimiento:</i> Que por lo menos se cumplan cinco de los criterios de cumplimiento descritos	80%

En la tabla N° 44, se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, las pautas de cumplimiento del Subprograma MII-AD son suficientes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Tomando en cuenta que se había determinado como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por consiguiente, el MII-AD es válido respecto a la suficiencia de las pautas de cumplimiento, es decir, las pautas de cumplimiento enunciadas en el Subprograma MII-AD son suficientes para el logro de los objetivos planteados en el mismo.

Tabla N° 45. Suficiencia de las Pautas de Cumplimiento del MIII-AA

Pautas de Cumplimiento Específicos	PAspac
<i>Pauta de Cumplimiento 1:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Entendiendo la Ansiedad” durante la sesión y como asignación para la casa	100%
<i>Pauta de Cumplimiento 2:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “¡A relajarse!” durante la sesión y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 3:</i> Que el participante participe en la actividad: “Distracción” durante el taller y realice correctamente los ejercicios en casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 4:</i> Que el participante participe en la actividad: “Construya su sistema	80%

de apoyo” durante el taller y realice la asignación para la casa	
<i>Pauta de Cumplimiento 5:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Dígale ¡stop! a los pensamientos negativos” y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 6:</i> Que el participante participe en la actividad: “Programe las actividades para los días de espera” durante el taller y realice la asignación para la casa	80%
<i>Pauta de Cumplimiento 7:</i> Que el participante participen de forma activa en la página web destinada al monitoreo y/o seguimiento de las tareas para la casa	90%
Pauta de Cumplimiento Total	PAspac
<i>Pauta de Cumplimiento:</i> Que por lo menos se cumplan cinco de los criterios de evaluación descritos	90%

De acuerdo la tabla N° 45, se puede apreciar que según la opinión emitida por los evaluadores, las pautas de cumplimiento del Subprograma MIII-AA son suficientes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 80%. Tomando en cuenta que se había establecido como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MIII-AA es válido respecto a la suficiencia de las pautas de cumplimiento, es decir, las pautas de cumplimiento planteadas en el subprograma MIII-AA son suficientes para el alcance de los objetivos planteados en el mismo.

Tabla N° 46. Suficiencia de las Pautas de Cumplimiento del MIV-CA

Pautas de Cumplimiento Específicos	PAspac
<i>Pauta de Cumplimiento 1:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Pille a su pareja haciendo algo agradable...y hágaselo saber” durante la sesión y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 2:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Evalúe la comunicación con su pareja” durante la sesión y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 3:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Expresando sentimientos” durante la sesión y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 4:</i> Que el participante realice correctamente la actividad: “Solución de problemas” durante la sesión y como asignación para la casa	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 5:</i> Que el participante participe en la actividad del Taller: “Afecto físico”	90%
<i>Pauta de Cumplimiento 6:</i> Que el participante participen en la actividad del Taller: Dirigirse a la familia y/o amigos	90%
<i>Pauta de Cumplimiento:</i> Que el participante participe de forma activa en la página web destinada al monitoreo y/o seguimiento de las tareas para la casa	90%
Pauta de Cumplimiento Total	PAspac
<i>Pauta de Cumplimiento:</i> Que por lo menos se cumplan cinco de los criterios de evaluación descritos	90%

En la tabla N° 46, se puede observar que según la opinión emitida por los evaluadores, las pautas de cumplimiento del Subprograma MIV-CA son suficientes, siendo los porcentajes de acuerdo obtenidos 90%. Tomando en cuenta que se había determinado como porcentaje de acuerdo mínimo esperado entre evaluadores el 60%, se considera alcanzado el criterio y, por ende, el MIV-CA es válido respecto a la

suficiencia de las pautas de cumplimiento, es decir, las pautas de cumplimiento descritas en el Subprograma MIV-CA son suficientes para el logro de los objetivos enunciados en el mismo.

Con base a lo mencionado, las pautas de cumplimiento planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son suficientes dado que según los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todas las pautas de cumplimiento enunciadas en los mismos han resultado suficientes, es decir, el porcentaje de acuerdo entre evaluadores referente a la suficiencia de todas las pautas de cumplimiento han sido 60%, cumpliéndose de esta forma el criterio definido para ello.

6.1.1.4. Resultado de la sección Observaciones y/o recomendaciones

En consideración de la optimización del PIP-AI y de los subprogramas que los componen, en el instrumento de recolección de los datos se incluyó además un apartado en donde los evaluadores podían registrar observaciones y/o recomendaciones respecto a las dimensiones a evaluar en el programa.

Recordemos que en la presente investigación se fijaron dos criterios para la toma de decisiones en la modificación del PIP-AI y de los subprogramas constituyentes:

1. Cuando el porcentaje de acuerdo entre evaluadores resultara menor al 60% para cada una de las dimensiones evaluadas.
2. Cuando por lo menos un evaluador realizara una observación y/o recomendación pertinente⁵ en algunas de las dimensiones evaluadas.

En este sentido, las modificaciones se realizaron en consideración del segundo criterio dado que el primero no se cumplió ya que los porcentajes de acuerdo entre evaluadores resultaron 60% para todas las dimensiones evaluadas.

Con base en los resultados obtenidos de la evaluación del PIP-AI y de los Subprogramas que lo conforman, se realizaron las modificaciones pertinentes con la finalidad de optimizarlos. A continuación las modificaciones realizadas.

⁵ A criterio del Diseñador del PIP-AI fundamentado en la teoría de base que orientó las acciones contempladas en el programa.

Tabla N°47. Observaciones, sugerencias y modificaciones realizadas en el PIP-AI.

<i>Pauta de Cumplimiento</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
Pauta de Cumplimiento I: Cuando el 80% de los participantes haya logrado responder acertadamente el 70% (17 ítems) de las preguntas contenidas en el Cuestionario AB-I luego de la presentación oral por parte de los profesionales encargados del taller.		Considerar la diferencia entre pretest y postest.	Pauta de Cumplimiento I: Cuando el 80% de los participantes logre puntuaciones más altas en el postest en comparación al pretest.

Tabla N°48. Observaciones, sugerencias y modificaciones realizadas en el subprograma MI-ABI.

<i>Actividades</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
<i>Actividad de Presentación</i>		Introducir una dinámica de grupo antes de iniciar actividades.	Se introduce una Dinámica de Grupo de Presentación de Fritzen ⁶ . <i>Anexo 29</i> .
<i>Pauta de Cumplimiento</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
Pauta de Cumplimiento: Cuando el 80% de los participantes haya logrado responder acertadamente el 70% (17 ítems) de las preguntas contenidas en el Cuestionario AB-I luego de la presentación oral por parte de los profesionales encargados del taller.		Considerar la diferencia entre pretest y postest.	Pauta de Cumplimiento: Cuando el 80% de los participantes logre puntuaciones más altas en el postest en comparación al pretest.

Tabla N° 49. Observaciones, sugerencias y modificaciones realizadas en el subprograma MII-AD.

<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
Objetivo Específico 2: Que los participantes aumenten la frecuencia de las actividades agradables.	¿Agradables para quién? Redacción ambigua	Modificar redacción: Actividades que les agraden	Objetivo Específico 2: Que los participantes aumenten la frecuencia de actividades que les agraden.
Objetivo Específico 4: Que los participantes definan objetivos en términos objetivos, positivos, bajo control propio y realistas.		Modificar redacción: Definan sus metas en términos objetivos, positivos y bajo control propio y realistas.	Objetivo Específico 4: Que los participantes definan objetivos en términos específicos, positivos, realistas y bajo control propio.
Objetivo Específico 6: Que los participantes modifiquen los pensamientos negativos.		Modificar redacción. Modifiquen sus pensamientos negativos.	Objetivo Específico 6: Que los participantes modifiquen sus pensamientos negativos.

⁶ Tomado de Fritzen, S. (1993). Ejercicios prácticos de dinámica de grupo. Buenos Aires: Editorial Lumen.

<i>Pautas de Cumplimiento</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
Pauta de Cumplimiento I: Que el participante realice correctamente la actividad: “Siga la pista a su estado de ánimo” durante la sesión y como asignación para la casa.	¿Qué significa correctamente?	Especificar qué significa realice correctamente	Pauta de Cumplimiento I: Que todos los participantes sigan las instrucciones dadas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Siga la pista a su estado de ánimo” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para la actividad como asignación para la casa. (Comprobado mediante el seguimiento a través de la página web y por la entrega de la asignación para la casa.)
Pauta de Cumplimiento II: Que el participante realice correctamente la actividad: “Aumente las actividades agradables” durante la sesión y como asignación para la casa.		Especificar qué significa realice correctamente	Pauta de Cumplimiento II: Que todos los participantes sigan las instrucciones dadas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Aumente las actividades agradables” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento III: Que el participante asista a la sesión “Programación diaria” y realice una planificación del tiempo como asignación para la casa.	¿Se realiza solamente?, ¿No se evalúa de otra forma?		Pauta de Cumplimiento III: Que el 80% de los participantes asista a la sesión “Programación Diaria” y realicen una planificación del tiempo como asignación para la casa siguiendo las instrucciones descritas en el Manual para llevarla a cabo.
Pauta de Cumplimiento IV: Que el participante realice correctamente la actividad: “Definiendo objetivos” durante la sesión y como asignación para la casa.		Especificar qué significa realice correctamente	Pauta de Cumplimiento IV: Que todos los participantes sigan las instrucciones dadas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Definiendo objetivos” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual de la actividad como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento V: Que el participante realice correctamente la actividad: “Pensamientos y Sentimientos” durante la casa y como asignación para la casa.		Especificar qué significa realice correctamente	Pauta de Cumplimiento V: Que todos los participantes sigan las instrucciones emitidas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Pensamientos y Sentimientos” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para su ejecución como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento VI: Que el participante realice correctamente la actividad: “Usando el Método A-B-C-D-E” durante la sesión y como asignación para la casa.		Especificar qué significa realice correctamente	Pauta de Cumplimiento VI: Que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas por el en la ejecución de la actividad “Usando el Método A-B-C-D-E” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en el Manual para su realización como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento VII: Que el participante participe de forma activa en la página web destinada al monitoreo y/o seguimiento de las tareas para la casa.	¿Qué significa participar?	Especificar qué significa participar.	Pauta de Cumplimiento VII: Que todos los participantes envíen al menos un comentario (sugerencia, duda, inquietud, observación o acotación) a la página web respecto a cada una de las actividades del MII-AD y envíen las tareas para la casa dentro del lapso establecido.

Tabla N° 50. Observaciones, sugerencias y modificaciones realizadas en el subprograma MIII-AA.

<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
Objetivo Especifico 3: Que los participantes adquieran algunas estrategias para desviar la atención ante situaciones ansiógenas	¿Cualquier situación ansiógena?	Modificar redacción	Objetivo Especifico 3: Que los participantes adquieran algunas estrategias para desviar la atención ante situaciones ansiógenas asociadas con el proceso de la infertilidad.
Objetivo Especifico 5: Que los participantes controlen los pensamientos ansiógenos.	¿Pensamientos ansiógenos sobre qué?	Modificar redacción	Objetivo Especifico 5: Que los participantes controlen los pensamientos ansiógenos asociados al proceso de la infertilidad.
<i>Actividades</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
Actividad 4: Construya su Sistema de Apoyo.		Incluir asignación de contactar y conversar con algunas de esas personas durante esa semana.	Se incluye en la Actividad "Construya su Sistema de Apoyo" la tarea de contactar y conversar con las personas que forman parte de su sistema de apoyo.
<i>Pautas de Cumplimiento</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
Pauta de Cumplimiento I: Que el participante realice correctamente la actividad: "Entendiendo la Ansiedad" durante la sesión y como asignación para la casa.	Índice de rendimiento o de cumplimiento del objetivo no queda claro	Especificar qué significa realice correctamente	Pauta de Cumplimiento I: Que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas por el facilitador en la ejecución de la actividad: "Entendiendo la Ansiedad" durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para la ejecución de la actividad como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento II: Que el participante realice correctamente la actividad: "¡A relajarse!" durante la sesión y como asignación para la casa		Especificar qué significa realice correctamente	Pauta de Cumplimiento II: Que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas por el facilitador en la ejecución de las actividad "¡A relajarse!" durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Cuaderno de Actividades para su ejecución como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento III: Que el participante participe en la actividad: "Distracción" durante el taller y realice correctamente los ejercicios en casa.		Especificar qué significa participar	Pauta de Cumplimiento III: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: "Distracción" durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para su elaboración como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento IV: Que el participante participe en la actividad: "Construya su sistema de apoyo" durante el taller y realice la asignación para la casa		Especificar qué significa participar	Pauta de Cumplimiento IV: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la realización de la actividad: "Construya su sistema de apoyo" durante la sesión y que todos los participantes lleven a cabo las instrucciones expuestas en el Manual para la ejecución de la actividad como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento V: Que el participante realice correctamente la actividad: "Dígale ¡stop! a los pensamientos negativos" y como asignación para la casa		Especificar qué significa realice correctamente	Pauta de Cumplimiento V: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad "Dígale ¡stop! a los pensamientos negativos" y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual para su realización como asignación para la casa.

Pauta de Cumplimiento VI: Que el participante participe en la actividad: “Programe las actividades para los días de espera” durante el taller y realice la asignación para la casa		Especificar qué significa participar	Pauta de Cumplimiento VI: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Programe las actividades para los días de espera” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en el Manual para la realización de la actividad como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento VII: Que el participante participen de forma activa en la página web destinada al monitoreo y/o seguimiento de las tareas para la casa.		Especificar qué significa participar	Pauta de Cumplimiento VII: Que todos los participantes envíen al menos un comentario (sugerencia, duda, inquietud, observación o acotación) a la página web respecto a cada una de las actividades del MIII-AA y envíen las tareas para la casa dentro del lapso establecido.

Tabla N° 51. Observaciones, sugerencias y modificaciones realizadas en el subprograma MIV-CA.

<i>Objetivos Generales</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
Objetivo General 2: Que los participantes adquieran información acerca de algunas pautas de comunicación asertiva con familiares y amigos.	¿Sólo que adquieran información? ¿No interesa que aprendan a comportarse asertivamente?		Objetivo General 2: Que los participantes adquieran algunas pautas de comunicación asertiva con familiares y amigos.
<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
Objetivo Específico 3: Que los participantes ejerciten la expresión de sentimientos	Ejercitar no es un objetivo		Objetivo Específico 3: Que los participantes adquieran pautas para expresar los sentimientos asertivamente.
Objetivo Específico 4: Que los participantes ejerciten algunas pautas para solución de problemas	Ejercitar no es un objetivo		Objetivo Específico 4: Que los participantes desarrollen pautas para la solución de problemas.
Objetivo Específico 5: Que los participantes discutan algunos lineamientos a seguir para que la infertilidad no afecte las relaciones sexuales.	Discutir no es un objetivo		Objetivo Específico 5: Que los participantes adquieran información de algunos lineamientos a seguir para que la infertilidad no afecte las relaciones sexuales.
Objetivo Específico 6: Que los participantes discutan algunas pautas para una comunicación asertiva con los familiares y/o amigos.	Discutir no es un objetivo		Objetivo Específico 6: Que los participantes conozcan algunas pautas para una comunicación asertiva con familiares y/o amigos.
<i>Pautas de Cumplimiento</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Sugerencias</i>	<i>Modificaciones</i>
Pauta de Cumplimiento I: Que el participante realice correctamente la actividad: “Pille a su pareja haciendo algo agradable...y hágaselo saber” durante la sesión y como asignación para la casa.		Especificar qué significa realice correctamente	Pautas de Cumplimiento I: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador para la ejecución de la actividad: “Pille a su pareja haciendo algo agradable...y hágaselo saber” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en el Manual para su realización como asignación para la casa.

Pauta de Cumplimiento III: Que el participante realice correctamente la actividad: “Expresando sentimientos” durante la sesión y como asignación para la casa.		Especificar qué significa realice correctamente	Pauta de Cumplimiento III: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Expresando sentimientos” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en la Manual para su ejecución como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento IV: Que el participante realice correctamente la actividad: “Solución de problemas” durante la sesión y como asignación para la casa.		Especificar qué significa realice correctamente	Pauta de Cumplimiento IV: Que todos los participantes sigan las instrucciones relatadas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Solución de Problemas” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual para su ejecución como asignación para la casa.
Pauta de Cumplimiento V: Que el participante participe en la actividad del Taller: “Afecto físico”		Especificar qué significa participe	Pauta de Cumplimiento V: Que por lo menos el 50% de los participantes mencione verbalmente un ejemplo de los lineamientos expuestos en la actividad “Afecto físico” durante la sesión.
Pauta de Cumplimiento VI: Que el participante participen en la actividad del Taller: Dirigirse a la familia y/o amigos.		Especificar qué significa participe	Pauta de Cumplimiento VI: Que por lo menos el 50% de los participantes mencione verbalmente un ejemplo de las pautas para una comunicación asertiva con los familiares y/o amigos.
Pauta de Cumplimiento VII: Que el participante participe de forma activa en la página web destinada al monitoreo y/o seguimiento de las tareas para la casa.		Especificar qué significa participe	Pauta de Cumplimiento VII: Que todos los participantes envíen al menos un comentario (sugerencia, duda, inquietud, observación o acotación) a la página web respecto a cada una de las actividades del MIV-CA y envíen las tareas para la casa dentro del lapso establecido.

VII. DISCUSIÓN

La presente investigación se originó en la necesidad de diseñar y evaluar un programa de intervención psicológica dirigida a pacientes que asisten a las técnicas de reproducción asistida. De acuerdo a la literatura especializada, son muchos los autores que afirman la existencia de factores psicológicos asociados a la infertilidad (Rosenfeld y Nitchell, 1979; Leader, 1984; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004; Abbey, Andrews, y Halman, 1995; Braveman, 1997 citado por Llavona y Mora, 2003; Goldfarb et al. 1997 citados por Domar, 2004; Greil, 1997; Land, Courtar y Evers, 1997; Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Ardenti, Campari, Agazzi, La Sala, 1999; Lukse y Vacc, 1999; Oddens, Tonkelar, Niuwenhuysse, 1999; Pook, Krause y Röhrle, 1999; Daniluk, 2001; Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Boivin, 2003; Merari, Chetrit y Modan, 2003; Llavona et al., 2003; Domar, 2004).

En este sentido, dada la importancia de factores psicológicos asociados a la infertilidad, algunos estudios afirman la necesidad de integrar Programas de Intervención Psicológica a los Tratamientos de Reproducción Asistida (Chiba et al., 1997; Hansell, y Thorn, 1998; Lukse et al., 1999; Lee, Sun y Chao, 2000; Yong, Martín y Thong, 2000; Kee, Jung, Lee, 2000; Hammarberg et al., 2001; Matsubayashi, Osaka, Izumi, Suzuki, y Makino, 2001; Kains, 2001; Kains, 2001; Salakos, Roupa, Sotiropoulou y Grigoriou, 2004; Smeenk, Verhaak, Stolwijk, Kremer y Braat, 2004; Tirado, Giménez, Guerra, 2007).

Específicamente en Venezuela, existen algunos Centros de Medicina Reproductiva que incluyen programas de intervención psicológica durante las TRA, sin embargo, se desconoce la existencia de un estudio evaluativo sistemático de los mismos.

Por ello el objetivo de la presente investigación fue generar un programa de intervención psicológica dirigido a las parejas que asisten a los TRA y que fuese evaluado por expertos en el área con la finalidad de obtener retroalimentación en cuanto a su pertinencia, adecuación, factibilidad y suficiencia para el afrontamiento de esta problemática para su optimización.

Los resultados de la evaluación por expertos demostraron que el PIP-AI y los subprogramas que lo componen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son válidos

dado que según los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todos los objetivos generales y específicos formulados resultaron pertinentes, adecuados y factibles; todas sus actividades resultaron pertinentes, adecuados y suficientes; y, sus pautas de cumplimiento resultaron suficientes, cumpliéndose los criterios definidos para ello. Estos resultados responden a la rigurosa y sistemática metodología llevada a cabo para su diseño y evaluación. En este sentido, para el diseño y la evaluación del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman se siguió el procedimiento contenido en las distintas etapas propuestas por Fernández-Ballesteros (1996) y, Machado y Blanco (s.f. citados por Guevara, 2005): Planificación, Diseño y Elaboración del programa y Evaluación del mismo.

Considerando que dichas etapas sirvieron de marco de referencia para diseñar y evaluar el programa de intervención psicológica, la discusión seguirá el mismo orden de presentación.

- **Etapas I: Planificación del Programa**

Durante la planificación del PIP-AI, se llevaron a cabo las fases planteadas por Fernández-Ballesteros et al., (1989): identificación del problema, formulación de metas y pre-evaluación potencial del mismo.

En este punto, es significativo mencionar lo planteado por (Riedman, 1981 citado por Guevara, 2005; Fernández-Ballesteros, 1990 citado por Guevara, 2005) quienes afirman que la evaluación ha de comenzar simultáneamente con la planificación del programa, en donde las acciones evaluativas se dirigen a estimar las necesidades y recursos como base para la toma de decisiones respecto a las metas y objetivos para así seleccionar las estrategias más idóneas para su alcance con criterios de cumplimiento debidamente formulados para su valoración.

Por consiguiente, exponer los pasos que se llevaron a cabo desde la planificación del programa es de vital importancia ya que su sistematicidad y rigurosidad fue un paso previo para garantizar la validez del programa en términos de adecuación, pertinencia, factibilidad y suficiencia de las acciones que lo constituyeron. En vista de que esto último fue uno de los objetivos de la presente investigación, se ha de sustentar las decisiones tomadas para la elección de sus componentes.

Así, en la etapa de planificación se llevaron los siguientes pasos:

1. *Identificación del Problema y/o necesidades existentes en la población de interés.* Se determinaron las áreas (necesidades y/o conductas problemas) a intervenir como producto del análisis de la información obtenida de las distintas fuentes (entrevistas, libros, revistas científicas, páginas web) y en consideración de las estadísticas asociadas a la prevalencia e incidencia de las mismas en las parejas que asisten a las TRA.

De esta forma, se identificaron las áreas y/o conductas problemas las cuales han sido reportadas en distintas investigaciones en el área.

2. *Planteamiento de Metas.* Una vez delimitadas las necesidades y/o conductas problemas frecuentes en las parejas que asisten a las TRA, se enunciaron las metas a alcanzar para abordarlos. Para ello se formularon los principios teóricos de base, en consideración a lo mencionado por Essensfeld (1979 citado por Guevara, 2005), quien afirma que la teoría es el marco de referencia de donde se pueden deducir los propósitos y metas.

Es importante aclarar que estos principios teóricos de base fueron considerados antes de la planificación. Más allá de esto, tal como mencionan Machado y Blanco (s.f. citado por Guevara, 2005), son considerados lineamientos básicos que sustentan las labores del psicólogo para formular principios que servirán de guía para las acciones restantes durante la elaboración y puesta en marcha del programa.

En este sentido, a nivel teórico molar se consideró el modelo biopsicosocial de la salud. Tal como menciona Roales-Nieto (2004), se concibe la salud y la enfermedad como procesos multifactoriales y multideterminados por distintos factores (organismo, conducta y ambiente), en donde la salud depende de una relación de equilibrio entre ellos. Así, las distintas interacciones del individuo con su contexto (externo e interno) se traducen en comportamientos preventivos o de riesgo para su salud/enfermedad.

La presente investigación se enmarcó en el ámbito de la Psicología de la Reproducción como un campo interdisciplinario dirigida a la prevención y/o tratamientos de las alteraciones psicológicas asociadas con el ciclo reproductivo, en este caso, asociado con la infertilidad (Moreno-Rosset, 2008).

Así, se contempla la evidencia constatada de que la salud y la enfermedad dependerán, en su génesis y mantenimiento, tanto de variables internas del organismo como de variables externas al sujeto, relacionadas con su ambiente (Godoy y Martos, 1982 citados por Godoy, 1998).

En consistencia con los principios teóricos subyacentes ya expuestos, el propósito o meta del programa se orientó hacia la adquisición por parte de la pareja o de los participantes del conjunto de conductas destinadas a disminuir el impacto de la infertilidad en sus vidas y a maximizar la calidad de vida en los mismos. Específicamente, hacia el control y/o modificación de las conductas de riesgo (depresión, ansiedad, comunicación inadecuada en la pareja) y/o hacia la maximización de conductas que optimicen la calidad de vida (autocontrol, responsabilidad, relajación, búsqueda de apoyo social, comunicación y asertividad, distribución y disfrute del tiempo).

Todo ello dirigido a reducir patógenos conductuales asociados al proceso de infertilidad e instaurar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales, en términos de Matarazzo (1984 citado por Roales-Nieto, 2004), con la finalidad de disminuir el impacto de la infertilidad en la pareja potenciando a su vez, conductas dirigidas a mejorar la calidad de vida en los mismos mediante distintas estrategias de afrontamiento.

Simultáneamente, a la contemplación de los principios teóricos del programa y de las metas a cumplir, se realizó una estimación de los recursos materiales, humanos y técnicos disponibles para ello, ya que como menciona Guevara (2005), es un factor importante para valorar si el programa se ajustaba a la realidad.

3. *Pre-evaluación Potencial.* Como última fase de la etapa de planificación, se llevó a cabo una pre-evaluación potencial. De acuerdo a Fernández-Ballesteros et al. (1989), en esta fase se realiza un estudio investigativo acerca de cuáles son los mejores medios y/o acciones para responder a las necesidades y metas planteadas.

En consistencia a lo mencionado, se llevaron a cabo las siguientes acciones: estudio exhaustivo y sistemático de la bibliografía relacionada al área de los aspectos biopsicológicos de la infertilidad, revisión de programas de intervención psicológica

similares, revisión de la bibliografía asociada a la Terapia de la Conducta, una apreciación de la base teórica (modelos) de los cuales se fundamentan las acciones y/o estrategias para el logro de los objetivos planteados considerando las características y necesidades particulares de la población a la cual va dirigida, evaluación de estrategias para responder a las metas propuestas y finalmente, estimación de la disponibilidad de recursos materiales y técnicos necesarios para el diseño y elaboración del programa.

En este punto es importante mencionar que para la elección de las estrategias o acciones más idóneas se tomaron en cuenta, además de las mencionadas (conductas problema, base teórica, metas, referencias empíricas), algunos de los criterios directrices formulados en la literatura especializada en Terapia Conductual que más allá de ser excluyentes entre ellas, se complementan. Entre ellos se encuentran la estrategia de la conducta clave y la estrategia diagnóstica (Nelson y Hayes, 1986 citados por Godoy, 1998; Cormier y Cormier, 2000).

Considerando los lineamientos teóricos principales expuestos en la fase anterior y las metas propuestas, se realizó una evaluación de las acciones más idóneas alcanzar dichas metas.

Para ello, se destacó la importancia del comportamiento del individuo en relación a su salud dado que la efectividad terapéutica final de toda intervención (médica y/o psicológica) exige el seguimiento por parte del paciente, siendo fundamental su colaboración. Tal como menciona Ribes (1990), la dimensión psicológica de la salud radica en que, en última instancia, la prevención, la rehabilitación o inicio de la enfermedad implican la participación del individuo actuando.

Por lo tanto, las diversas formas de interacción de los individuos con su contexto (externo e interno) se traducen en comportamientos preventivos o de riesgo para su salud/enfermedad. Recordemos que la prevención en el programa formulado se define como aquellas intervenciones dirigidas a controlar los comportamientos de riesgo asociados a la infertilidad y la promoción como aquellas intervenciones que tienen como objetivo adquirir y mantener comportamientos saludables, y por consiguiente, mejorar la calidad de vida.

Con la finalidad de alcanzar las metas propuestas, se estimó el aporte de la Medicina Conductual a los tratamientos médicos de las estrategias cognitivo-conductuales comúnmente usadas en la terapia conductual, tales como, programas de entrenamiento en respiración y relajación, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de afrontamiento al estrés, el entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas y diferentes técnicas de autocontrol (Godoy, 1998).

Este tipo de intervención ha sido constatada en el área de la infertilidad como aquellas intervenciones de tipo grupal moduladas por un profesional o grupo de profesionales de la salud mental, fundamentado en la elaboración de objetivos y estrategias destinadas a estimular conductas de salud y bienestar psicosocial cuyos objetivos se centran en el aprendizaje de estrategias para afrontar el desajuste psicológico provocado por la situación de la infertilidad, conseguir cambios que faciliten una mejor adaptación a situaciones nuevas y vivir la experiencia de conocer a otros miembros que han pasado o están pasando circunstancias parecidas (Gil, 2003).

Distintas investigaciones han reportado la eficacia de este tipo de intervención en el área de la infertilidad. Dichos programas conformados por estrategias de relajación y respiración, control de pensamientos negativos, reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas y toma de decisiones, han reportado que los grupos que reciben dicha intervención en comparación a los grupos de control, logran mayor tasa de embarazo, menor tasa de abandono a los TRA y mejor ajuste a la situación de la infertilidad traducido en disminución de conductas de ansiedad y de depresión, así como en la optimización en la calidad de vida (Domar et al., 1990; Bents, 1991; Domar et al., 1992; McQueeney, Staton y Sigmon, 1997); Luske y Vace, 1999; Tuschen-Caffier, Florin, Krause y Pool, 1999; Domar et al., Dolz et al., 2002; Llavona y Mora (2003), McNaughton-Cassil et al., 2000; Boivin, 2003; Moreno et al., 2007).

Además, se consideraron los lineamientos para la intervención psicológica en parejas que asisten a las TRA propuestos por Moreno y colaboradores (2007): ofrecer información respecto a los aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad, disminuir conductas de depresión y ansiedad, promover la comunicación asertiva en la pareja e incrementar el apoyo social. Todo ello a través de técnicas cognitivas conductuales, tales

como, técnicas de relajación y respiración, control de pensamientos, asertividad, solución de problemas y toma de decisiones.

Conjuntamente, considerando que el afrontamiento está asociado a la información que se tenga de la enfermedad (Rodríguez, 1999), se concibe como un procedimiento importante. Así, se contempla lo mencionado por Luske et al. (1999); Boivin et al. (2001); Boivin (2003); Moreno et al. (2007), quienes afirman que el ofrecer información (como manual de autoayuda) a los pacientes con problemas de infertilidad es uno de los principales objetivos de intervención psicológica ya que ofrece diversos beneficios (fácil acceso para los pacientes permitiéndoles revisarlo las veces que lo necesiten y además, permite compartirlo con familiares y amigos lo que podría facilitar la comprensión del proceso que ellos están pasando).

Asimismo, en afinidad a lo planteado por Kazdin (1996) quien afirma que los manuales de autoayuda se han aplicado con efectividad en el tratamiento de adultos en algunas conductas problemáticas (tales como depresión, habilidades sociales, ansiedad, y problemas de pareja) ya que aporta la posibilidad de proporcionar tratamiento a varios individuos y de mejorar la calidad de vida de un cierto número de personas que de otra forma no buscarían o recibirían tratamiento. Además, el autor afirma que dichos manuales requieren cierto contacto con un profesional que guíe a los usuarios en su empleo con el propósito de aumentar la efectividad de los mismos, planteamientos que se contemplan en la presente fase.

Considerando que tanto en la prevención de las conductas de riesgo como en la promoción de conductas saludables, no sólo debe contar con el ofrecimiento de información, ya que como mencionan Amigo, Fernández y Pérez, (2003) este procedimiento es una condición necesaria más no suficiente para el cambio conductual dado que pueden facilitar la motivación al cambio pero no proporcionan las habilidades necesarias para alterar o mantener el cambio conductual.

De esta forma, se planificaron intervenciones sistemáticas y específicas que no sólo abarquen el “qué” se debe hacer para lograr conductas adaptativas que permitan un afrontamiento adecuado sino que además proponga el “como” hacerlo y “cuando”

realizarlo, facilitando de esta forma la consecución de una adaptación funcional adecuada.

- **Etapas II: Diseño y Elaboración del Programa**

En consideración a los mencionado por (Guevara, 2005), el diseño y elaboración constituyó la elaboración de un documento en donde se redactaron los objetivos que se intentan alcanzar, las actividades y procedimientos que se deben llevar a cabo para alcanzar los resultados deseados, los recursos necesarios, el tiempo previsto para el desarrollo tanto de las actividades como de los distintos objetivos pautados y del programa en su totalidad y los criterios e instrumentos de control y evaluación que se usarán. De esta forma se estableció qué debe hacerse, cómo, cuándo y quién pondrá en práctica las acciones necesarias para lograr los objetivos y qué constituye un rendimiento satisfactorio.

Es de destacar que la planificación del programa y el diseño del programa son etapas que se solapan e interactúan y, que de alguna manera suelen diferenciarse con fines didácticos. A este respecto, en la presente investigación, la planificación se definió, tal como menciona Petit (1980 citado por Guevara, 2005), la determinación por anticipado del camino a seguir para el logro de las metas previstas, esto es la determinación de los objetivos que guían las acciones a seguir, las investigaciones que permiten conocer con qué elementos se cuenta y las estrategias más idóneas.

Respecto al diseño del programa, fue concebido en la presente investigación como un proceso basado en la planificación en donde se determinaron y se describieron los elementos propios que estructuran el programa. En este sentido, se entiende como programa lo mencionado por Guevara (2005), un documento que permite difundir el producto de la planificación. Así, se destaca la principal característica que ha de tener un programa, su previa especificación y diseño a través de una planificación pormenorizada (Fernández-Ballesteros, 1996).

En este sentido, en el diseño y elaboración del PIP-AI y de los subprogramas que lo constituyen, se siguieron los lineamientos planteados por Guevara (2005); así, se formularon los principios teóricos de base, se establecieron las estrategias a través de políticas que sirvieron de guía en la planificación, se fijaron los objetivos generales y

específicos con parámetros de referencia para juzgar su alcance, se describieron las actividades a realizar así como el tiempo y los recursos necesarios para su cumplimiento; conjuntamente, se puntualizaron las técnicas a utilizar para la evaluación del programa y se señalaron los criterios y dimensiones a considerar. A continuación se describirán cada uno de los elementos que conformaron el PIP-AI y los subprogramas con las bases teóricas y empíricas que respaldaron su elección.

i. Diseño y Elaboración del PIP-AI: Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad

Para ello, se siguieron los pasos establecidos por Guevara (2005). Como primer paso se definió el programa de la siguiente forma: Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (PIP-AI).

Se determinó cada uno de los elementos constituyentes del PIP-AI siguiendo los lineamientos planteados por la autora: introducción, objetivos generales y específicos, actividades y procedimientos, tiempo y recursos y, por último, las pautas de cumplimiento. Para la elaboración de la introducción, se llevaron a cabo las pautas mencionadas por Guevara (2005). Así, se especificaron las bases teóricas que fundamentan las acciones del programa y las razones por las cuales se justifica su implantación. Asimismo, se describieron los propósitos y los medios para llevarlos a cabo y la población a la cual se dirige dicho programa. El mismo se describió en el apartado de la fase de pre-evaluación del programa en la etapa de planificación.

En la elaboración de los objetivos generales, se contemplaron los lineamientos mencionados por la autora para su formulación (el logro de uno no ha de interferir en el logro del otro y de ellos han de derivarse objetivos específicos cuyo logro en conjunto conlleva al cumplimiento de los objetivos generales planteados). Con base en los objetivos generales se formularon los objetivos específicos, los cuales constituyen los objetivos a corto plazo del PIP-AI. Para ello se consideraron los siguientes principios planteados por Guevara, (2005): Objetividad, precisión, participación y divulgación) y los criterios señalados por Steiner (1986 citado por Guevara, 2005): convenientes, factibles, aceptables, flexibles, motivadores, comprensibles, obligatorios y relacionados. Para el logro de los objetivos propuestos se describieron las actividades y

procedimientos, los cuales constituyen las tareas concretas y los pasos necesarios para el logro de los mismos.

Conjuntamente, se establecieron los recursos (materiales y humanos) y el tiempo previsto para llevar a cabo las actividades planteadas en el programa. Asimismo, se formularon las pautas de cumplimiento para la comprobación del logro de los objetivos definidos.

Para el diseño y elaboración de cada uno de los subprogramas del PIP-AI, se llevaron a cabo los mismos lineamientos mencionados por Guevara (2005). Por ello, con la finalidad de continuar con la sustentación de cada uno de ellos se expondrán las bases teóricas y empíricas que respaldan las acciones contenidos en los mismos.

ii. Diseño y Elaboración del Subprograma MI-ABI (Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad)

El afrontamiento ante la enfermedad está asociado a la información que se tenga de la misma. (Rodríguez, 1999). Por lo general, los médicos ofrecen menos información de la necesaria, en donde el paciente pueden comprenderla de forma insuficiente o errónea (Amigo, Vázquez y Pérez, 2003). De acuerdo a Godoy, Sánchez y Muela, 1994; Pérez y Martínez, 1984 citados por Amigo et al., 2003) se ha comprobado que el promedio de los pacientes sólo son capaces de recordar, incluso minutos luego de la cita médica, el 50% de la información que reciben; además, más del 80% de los pacientes desea más información de la que se ofrece y reportan estar insatisfechos con la recibida.

Así, ofrecer información fue uno de los principales objetivos de intervención psicológica considerados en el programa. Esta información debe relacionarse a las dimensiones biológicas y psicosociales de la infertilidad que faciliten la comprensión de los pacientes de su problema de infertilidad. Respecto a los aspectos biológicos, brindar información acerca del funcionamiento del aparato reproductor, de las causas de la infertilidad y de los tratamientos de la infertilidad con sus probabilidades de éxito asociada con la finalidad de romper con la idealización de los resultados de las técnicas de reproducción asistida (Boivin et al., 2001).

En relación a los aspectos psicosociales, informar a los pacientes acerca de las conductas más comunes al proceso de infertilidad, información del posible impacto de la

infertilidad en el área sexual y social de la pareja, así como información acerca de estrategias para afrontarlos (Boivin et al., 2001).

Igualmente, Moreno et al. (2007), destacan como paso importante en el modelo de intervención para parejas que asisten a las TRA, ofrecer información acerca de los TRA (en qué consisten, alternativas, porcentaje de éxito, ventajas y desventajas en cada una de ellas, entre otros). Además, información de los procesos emocionales experimentados y del impacto de la infertilidad a nivel personal y social todo ello con el objetivo de desmitificar ideas erróneas o preconcebidas acerca de la infertilidad y su tratamiento, que observen y puedan valorar su estado emocional y que puedan tomar decisiones acerca de cómo, cuándo y hasta dónde quieren llegar. Afirman que para apoyar dicho aporte, es recomendable material de apoyo en forma de manuales.

De esta forma, en consideración a las referencias expuestas y a la previsión de recursos disponibles para ello, se formularon los objetivos y las actividades necesarias para su alcance en el subprograma MI-ABI. Además, se definieron los índices de rendimiento para su evaluación siguiendo los lineamientos planteados por Guevara (2005).

Asimismo, en consideración a lo mencionado por Moreno et al. (2007), se elaboró un Manual denominado Aspectos Básicos de la Infertilidad (ABI): Manual del Participante (ABI-MP) con la información contenida durante la sesión. Además, en afinidad a los mencionado por Kazdin, (1996); Luske et al., (1999); Boivin et al., (2001); Boivin (2003); Moreno et al., (2007), acerca de los beneficios de los mismos.

iii. Diseño y Elaboración del Subprograma MII-AD (Módulo II: Afrontando la Depresión)

De igual forma, para el diseño y elaboración del subprograma MII-AD (Módulo II: Afrontando la Depresión), el cual conforma la segunda actividad del PIP-AI, se llevaron a cabo los lineamientos planteados por Guevara (2005). De esta forma, se delimitaron los lineamientos teóricos y empíricos previstos en la planificación para sustentar los objetivos y las acciones y estrategias que se formulan en el presente subprograma, así como la justificación para su aplicación.

De acuerdo a Pérez (2002), la depresión es una de las conductas más frecuentes en parejas con problemas de infertilidad, en donde se estima que 1 de cada 6 personas experimente conductas de depresión durante el proceso. Diversos estudios en el área de la infertilidad afirman que tanto mujeres (en mayor porcentaje) como hombres reportan haber experimentado depresión durante el tratamiento de la infertilidad (Mahlstedt, MacDuff y Bernstein, 1987; citados por Greil, 1997) Entre las conductas asociadas se encuentran ira, culpa, frustración, tristeza, desesperanza (Klerk et al., 2005 citados por Greil, 1997), sensación de pérdida de control, percepción de la infertilidad como foco central de la identidad, sensación de incompetencia, ambigüedad, sentimientos de alienación del “mundo fértil”, inmersión en el tratamiento abandonando otras actividades importantes de la cotidianidad y sensación de estigmatización social (Miall, 1985 citado por Greil, 1997; Lalos, Lalos, Jacobson y Von Schoult, 1985; Woollet, 1985; Miall, 1986 citado por Greil, 1997; Valentine, 1986; Sandelowski, 1987; Mahlstedt, MacDuff, Bernstein, 1987 citados por Greil, 1997; Olshansky, 1987 citado por Greil, 1997; Greil, Leitko y Porter, 1988; Sandelowski, Holditch y Harris, 1990 citados por Greil, 1997; Sandelowski, 1993 citado por Greil, 1997; Greil, 1991 citado por Greil, 1997; Becker, 1994 citado por Greil, 1997; Whiteford y González, 1995; Greil, 1997; Guerra, 2002; Boivin, 2003).

Por lo mencionado anteriormente, existen muchos factores de riesgo asociados a la conducta de depresión en el proceso de la infertilidad, por lo que resulta fundamental su afrontamiento bajo una perspectiva psicoeducativa de información y práctica de conductas que les permita a los participantes desarrollar un rango de estrategias de afrontamiento para las exigencias implícitas en el proceso de infertilidad desde un enfoque cognitivo-conductual de colaboración con el propósito de facilitar una sensación de eficacia y contrarrestar las atribuciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, en línea a lo planteado por Freeman y Ester (2002), basado en la teoría cognitiva de la depresión de Beck y Ellis, en la teoría de autocontrol de la depresión de Rehm y el modelo multifactorial de Lewinsohn.

Desde la perspectiva cognitiva de la depresión, se asume el Modelo de Diátesis-Estrés (Freeman y Ester, 2002), el cual afirma que los acontecimientos de la vida, los pensamientos, las conductas y los estados de ánimo se retroalimentan recíprocamente en

un complejo proceso de procesamiento de información y de regulación conductual. En este sentido, de acuerdo a Beck, Rush, Shaw y Emery (1979 citados por Sanz, 1993), las personas deprimidas tienden a procesar la información de forma distorsionada que implican una pérdida (p.ej, pérdida de la salud reproductiva) o deprivación (p.ej., ausencia de un embarazo) valorando excesivamente esos sucesos negativos, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, mostrando así lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: visión negativa del yo, del mundo y del futuro.

Hunt y Monach (1997) mencionan, a modo de ejemplo, algunos errores en el pensamiento reportados por parejas con problemas con infertilidad: la sobregeneralización, la abstracción selectiva, la magnificación y/o minimización, entre otras. Asimismo, Domar y Lesch (2002) plantean la existencia de pensamientos erróneos disfuncionales los cuales, según las autoras pueden influir negativamente en las emociones influyendo a su vez en la salud física por lo que es necesario una reestructuración cognitiva con la finalidad de interrumpir este ciclo.

En este sentido, varios investigadores (Domar, Siebel y Benson, 1990; Domar et al., 2000; Guerra, 2000; McNaughton-Cassil et al., 2000; Dolz et al., 2002; Domar et al., 2002; Fekkes et al., 2003) plantean la necesidad de aplicar técnicas de reestructuración cognitiva con la finalidad de modificar estos pensamientos, considerando la retroalimentación existente entre el afecto, la conducta observable y los pensamientos.

En congruencia a lo expuesto, en el subprograma MII-AD, en primera instancia, se ofrece información respecto a las conductas y/o síntomas más frecuentes asociadas a la depresión y se realiza un ejercicio con la finalidad de que los participantes experimenten (prueba de realidad) la relación existente entre la conducta y el estado de ánimo. En este sentido, Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (2002) plantean la importancia de que los pacientes comprendan esta relación, ya que cuando están deprimidos suelen concentrarse en los eventos negativos de la vida y obviar a los positivos, por lo que este ejercicio facilitará la atención hacia los eventos positivos y permitirá observar la relación existente entre los eventos positivos y el estado de ánimo. Asimismo, se establecen técnicas empleando la técnica Racional Emotiva de Ellis.

Desde el Modelo de Autocontrol de la depresión, se propone el modelo de Kanfer (1977) propuesto por Remh (2002). De acuerdo a este modelo, la conducta de las personas deprimidas o vulnerables a la depresión se caracteriza por alguna alteración asociada a la combinación en las conductas de autocontrol (autoobservación, autoevaluación y autorecompensa). Empleando este modelo se desarrolló en el programa estrategias de autocontrol destinadas a instruir a los participantes a controlar y/o modificar su propia conducta con el propósito de atender acontecimientos positivos de la vida (observación de la relación entre conducta y estado de ánimo, aumento de las actividades agradables) y prever metas a largo plazo, a establecer objetivos realistas y a promocionar las autorecompensas.

Desde el modelo integral de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985 citados por Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 2002) se asume que la depresión es el producto de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones, considerando los factores situacionales como “desencadenantes” y los factores cognitivos como “moderadores” de los efectos del ambiente. Empleando este modelo se formularon técnicas y/o estrategias destinadas a cambiar la calidad y cantidad de las interacciones de los participantes con sus entornos, impartiendo tácticas cognitivas y conductuales que les permitan controlar y reducir la intensidad y la frecuencia de los acontecimientos aversivos y a aumentar su tasa de implicación en actividades positivas de la vida.

De esta forma, se asume los tres modelos de una forma integral y no desde una perspectiva mutuamente excluyente con el propósito de ofrecer estrategias de afrontamiento necesarios para modificar y/o controlar las conductas de depresión en los participantes.

Considerando lo expuesto y a la valoración de los recursos disponibles, se establecieron los objetivos y las actividades necesarias para su logro, así como los índices de rendimiento para su evaluación basados en los criterios mencionados por Guevara (2005).

Además, en consideración de los beneficios y la pertinencia de la implementación de manuales mencionados por los autores Kazdin, (1996); Luske et al.,

(1999); Boivin et al., (2001); Boivin (2003) y Moreno et al. (2007), se desarrollaron dos manuales: 1. Afrontando la Depresión. Manual del Participante (AD-MP) con información que sustenta cada una de las actividades. 2. Afrontando la Depresión. Cuaderno de Actividades (AD-CA) con información de contenido práctico que sustentan las actividades definidas en el subprograma MII-AD, el cual consiste en tareas para la casa con la finalidad de promocionar el cambio conductual en el ambiente natural del participante mediante el ejercicio de las estrategias fuera del ámbito clínico, las cuales serán monitoreadas y revisadas por el psicólogo encargado de forma virtual a través de una página web diseñada para ello. Todo esto para facilitar no sólo la generalización de las conductas aprendidas sino también para facilitar el mantenimiento de la conducta generalizada.

iv. Diseño y Elaboración del Subprograma MIII-AA (Módulo III: Afrontando la Ansiedad)

Respecto al diseño de la tercera actividad del PIP-AI (subprograma MIII-AA: Módulo III: Afrontando la Ansiedad), se consideró lo previsto en la fase de planificación y las pautas planteadas por Guevara, (2005). De esta forma, se demarcaron los lineamientos teóricos y empíricos previstos en la planificación para sustentar los objetivos, las acciones y estrategias que se formulan en el presente subprograma, así como la justificación para su aplicación.

En congruencia a lo mencionado, distintos autores (Berg y Wilson 1991; Thiering, Bearepaires, Jones, Saunders y Tenannt, 1993; Boivin, Takefman, Tulandi y Brender, 1995; Verhaak et al., 2001; Verhaak, Smeenck, Minnen, Kremer y Kraaimaat, 2005), afirman que las parejas bajo las TRA han de afrontar distintos eventos ansiógenos durante el proceso de infertilidad, asociado al desconocimiento de la naturaleza del tratamiento, lo aversivo que puede ser el tratamiento en sí mismo y la amenaza de infertilidad definitiva.

Asimismo, investigaciones recientes afirman que la ansiedad puede causar cambios hormonales que afectan el sistema reproductivo tanto en el hombre como en la mujer (Clarke, Klock, Geoghegan y Travassos, 1999; Pook, Krause y Röhrle, 1999; Domar et al., 2000). Igualmente, es importante mencionar que algunos fármacos

administrados en algunos de los tratamientos de infertilidad producen alteraciones conductuales (Fanchin et al., 2000), tales como irritabilidad, labilidad emocional y aumento de los síntomas del síndrome pre-menstrual.

Por lo mencionado anteriormente, se puede observar que existen varios factores de riesgo asociados a la conducta de ansiedad en el proceso de la infertilidad, por lo que resulta fundamental su afrontamiento. En este sentido, se formuló como meta u objetivo a largo plazo que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad.

De acuerdo a Guerra (2000 citado por Llavona et al., 2003), entre las intervenciones psicológicas realizadas durante el proceso de reproducción asistida, se propone la aplicación de programas de medicina conductual enfocadas en el entrenamiento del manejo de la ansiedad. Algunos estudios destinados a evaluar la eficacia de algunos programas de intervención psicológica en los TRA han reportado efectos positivos (mayor tasa de embarazo y menor tasa de abandono) como resultado de ofrecer información, técnicas de relajación, técnicas de reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social y técnicas de prevención y control de respuestas (Domar, et al., 1990, Guerra, 2002; Dolz et al., 2002 citados por Llavona et al., 2003; Sierra et al., 2004).

En consideración a las evidencias empíricas mencionadas, el subprograma MIII-AA consistió en impartir técnicas de intervención cognitivo-conductual que les permitan a las parejas bajo TRA desarrollar habilidades de afrontamiento dirigidas a controlar las conductas de ansiedad disminuyendo el impacto de éstas en sus vidas con el propósito de facilitar el alcance de una mejor calidad de vida.

Así, en consideración de las referencias empíricas el subprograma MII-AA consistió en una intervención psicoeducativa dirigida a la instauración y/o potenciación de repertorios de conducta de autocontrol dividida en tres fases: fase de información, fase de entrenamiento (impartidas durante el curso y/o la fase de aplicación realizadas fuera del ámbito clínico) y la fase de prevención de recaídas. Para su elección se consideró además los lineamientos planteados por Guevara (2005); Cormier et al., (2000): su fácil ejecución, su efectividad en la reducción de la ansiedad (Labrador, 1992

citado por Méndez, Olivares y Quiles, 2001; Davis, McKay y Eshelman (1985); Méndez, Olivares y Sebastián (2002).

Es importante mencionar que se incluyeron distintas técnicas de relajación considerando los distintos factores biológicos asociados a la infertilidad (causas, técnica o tratamiento de reproducción asistida), los cuales podrían generar molestias y/o resistencias en algunos de los participantes y en atención a lo mencionado por distintos autores (Smith, 1994; Vera y Vila, 1998; Méndez, Olivares, y Quiles, 2001; Deffenbacher, 2002; Domar, 2002; Labrador, De la Puente y Crespo, 2002 y Sierra, Buena-Casal y Miró, 2004) respecto a la necesidad de presentar al cliente y/o paciente un abanico de alternativas de relajación en consideración de las particularidades de los mismos, lo cual facilitará la instauración y mantenimiento de la técnica.

Asimismo se eligieron técnicas de disminución de tensión o activación fisiológica, en consideración a lo planteado por Méndez et al. (2001), quienes afirman que las modificaciones en las respuestas fisiológicas se acompañan de cambios en las respuestas motoras (estado de reposo) y en las respuestas cognitivas (percepción de tranquilidad).

Como ya se ha mencionado, las personas con problemas de infertilidad bajo las TRA están expuestas a diversos estímulos ansiógenos (tales como las intervenciones médicas) que podrían generar pensamientos erróneos, inhibiendo su conducta (por ej., no asistir a la consulta médica) o llevando a cabo la conducta bajo un gran costo psicológico. De esta forma, se formularon técnicas de distracción que les permita a los participantes hacer frente a estas situaciones ansiógenas de difícil modificación: la externalización simple y ejercicios mentales (Botella y Ballester, 1997 citados por Buena-Casal et al., 2004).

Respecto a la elección de la técnica de búsqueda de apoyo se consideró lo mencionado por Roales-Nieto (2004), quien afirma que el apoyo social puede reducir el impacto sobre la salud sobre determinados sucesos (diagnóstico de infertilidad, intervenciones médicas, entre otras) y otros elementos generadores de estrés, bien eliminando el propio evento estresor, ayudando al sujeto a afrontar la situación, o atenuando los efectos de la experiencia.

En la tercera fase del subprograma, se enunciaron algunos lineamientos para prevenir las recaídas con la finalidad de que los participantes puedan mantener el cambio conductual en situaciones y/o períodos de alto riesgo en donde es probable la recaída. En este sentido, considerando el camino que deben seguir los pacientes bajo las TRA planteado por Moreno (2000 citado por Llavona y Mora, 2003) se tomó como evento de alto riesgo el período de espera de los resultados. Así, en esta fase se formularon técnicas destinadas a su puesta en marcha durante el período de espera (sin excluir las técnicas mencionadas en la fase anterior) a saber: la tríada de autocontrol y la programación de actividades.

La tríada de autocontrol, es un procedimiento descrito por Cautela (1983 citado por Raich, 2002) dirigido a disminuir la probabilidad de una conducta no deseada, sean conductas encubiertas o manifiestas. Incluye tres técnicas: detención del pensamiento, respiración profunda y el refuerzo positivo encubierto. Distintos autores afirman su efectividad en la disminución de la ansiedad (Davis et al., 1985; Raich, 2002; Olivares, Xavier, y García-López, 2001).

Respecto a la integración de programación de actividades, es una técnica recomendada por especialistas en el área de la infertilidad, tales como, Guerra (2002) y Domar (2002). En este sentido, la programación de actividades es estipulada en forma de distracción o inatención acerca de los eventos y/o situaciones asociadas a la infertilidad, ya que de acuerdo a la bibliografía revisada (Miall, 1985 citado por Greil, 1997; Lalos, Lalos, Jacobson y Von Schoult, 1985; Woollet, 1985; Miall, 1986 citado por Greil, 1997; Valentine, 1986; Sandelowski, 1987; Mahlstdt, MacDuff, Bernstein, 1987 citados por Greil, 1997; Olshansky, 1987 citado por Greil, 1997; Greil, Leitko y Porter, 1988; Sandelowski, Holditch y Harris, 1990 citado por Greil, 1997; Sandelowski, 1993 citado por Greil, 1997; Greil, 1991 citado por Greil, 1997; Becker, 1994 citado por Greil, 1997; Becker y Nachtigall, 1994; Whiteford y González, 1995; Greil, 1997), los pacientes con problemas de infertilidad tienen a centrar sus vidas en el proceso de tratamiento de infertilidad y en la maternidad y/o paternidad, olvidando o no prestando atención a otros eventos en sus vidas que pudieran ser gratificantes.

Considerando lo expuesto y a la estimación de los recursos disponibles, se formularon los objetivos y las actividades necesarias para su logro, así como los índices

de rendimiento para su evaluación basados en los criterios mencionados por Guevara (2005).

De igual forma que el subprograma anterior, en consideración a los beneficios y la importancia de la implementación de manuales mencionados, se desarrollaron dos manuales: 1. Afrontando la Ansiedad. Manual del Participante (AA-MP) y 2. Afrontando la Ansiedad. Cuaderno de Actividades (AA-CA).

v. *Diseño y Elaboración del Subprograma MIV-CA (Módulo IV: Comunicación Asertiva)*

Para el diseño y elaboración de este subprograma, el cual conforma la cuarta actividad del PIP-AI, se llevó a cabo lo previsto en la fase de planificación y los lineamientos planteados por Guevara (2005). De esta forma, se delimitaron los lineamientos teóricos y empíricos previstos en la planificación para sustentar los objetivos y las acciones y estrategias que se formulan en el presente subprograma, así como la justificación para su aplicación.

De acuerdo a Daniluk (1991) y Peterson, Newton, Rosen y Schulman (2006), la infertilidad puede tener un impacto importante en la vida marital y en la calidad de vida juntos. La dificultad para comunicarse puede incrementarse durante el proceso de infertilidad, en donde, cualquier toma de decisiones puede generar conflictos, estas discusiones muchas veces pueden llevar a erosionar la relación de pareja (Daniluk, 2001).

Por otro lado, los estudios realizados en los últimos años en el área de la infertilidad afirman la presencia de otras alteraciones en la relación de pareja, tales como percepción del acto sexual como una obligación (Freeman, Boxer, Rickels, Tureck y Mastroiani, 1985; Lalos, Lalos, Jacobson y Von Schoultz, 1985; Greil, 1991 citado por Greil 1997; Lorber y Bandlamudi, 1993; Valentine, 1986; Sabatelli, Meth y Gavazzi, 1988); alteraciones en la relación sexual (Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999 citados por Moreno, 2000; Aghanwa, Dare y Ogguniyi, 1999 citados por Moreno, 2000), disminución en la satisfacción y ajuste marital (Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004). Igualmente, pérdida del deseo sexual, incapacidad para alcanzar el orgasmo, son experiencias

manifestadas por parejas con problemas de infertilidad bajo TRA (Leader, 1984; Rosenfeld y Nitchell, 1979).

De acuerdo a Boivin et al. (2001), para un pequeño porcentaje de parejas con infertilidad, los problemas sexuales (en términos biológicos) son la causa primaria de la misma (vaginismo, dispauprimia, disfunción eréctil, entre otros), los cuales pueden tener un origen orgánico y/o psicológico. Llavona et al. (2003), tomando como modelo investigaciones realizadas en el área de la infertilidad con la finalidad de prevenir el desajuste matrimonial y/o la insatisfacción marital en las parejas bajo TRA, plantean entre los objetivos primordiales de intervención las siguientes: promover las conductas positivas entre la pareja y una comunicación eficaz, suscitar la toma de decisiones ecuánime, fomentar interacciones sexuales placenteras, y relocalizar la relación de pareja desde la infertilidad hacia otras áreas de la relación.

En este sentido, Llavona et al. (2003), afirman que un programa cognitivo conductual dirigido a las parejas con problemas de infertilidad debe considerar los siguientes objetivos: identificar y validar los pensamientos irracionales asociados a la infertilidad y a la relación de pareja, dirigir a la pareja a otras fuentes de satisfacción, brindar distintas técnicas para mejorar las habilidades de comunicación y de solución de problemas en la pareja y, proveer información para optimizar las relaciones sexuales.

En particular en la pareja, se ha evidenciado que la intervención cognitiva conductual ha sido exitosa en el tratamiento de los aspectos emocionales de la infertilidad, incrementando la calidad de vida de la pareja y aumentando las tasas de embarazos viables (Domar, Seybel y Benson, 1990; Tuschen-Caffer, Florin, Krause y Pook, 1999; Domar et al., 2000; McNaughton-Cassioll et al., 2000; Facchinetti, Tarabusi y Volpe, 2004).

El enfoque cognitivo conductual dirigido a las parejas con problemas de infertilidad ha demostrado ser efectivo por las siguientes razones: 1. Cuenta con técnicas efectivas para la identificación y tratamiento de los pensamientos inadecuados y/o irracionales (por ejemplo, la terapia racional emotiva de Ellis); 2. Considera fundamental la comunicación en la expresión de pensamientos y sentimientos y en la toma de decisiones dentro de la relación de pareja aportando una serie de estrategias para

optimizarla; 3. Ha demostrado ser efectivo en un amplio campo de aplicaciones (ansiedad, depresión, relaciones de pareja, entre otros.) y 4. Cuenta con intervenciones efectivas en el tratamiento de las alteraciones sexuales en la pareja (Myers et al., 1996; Domar et al., 2004; Facchinetti et al., 2004).

Diversas investigaciones han estudiado algunos predictores de un ajuste psicosocial a la infertilidad. En este sentido, estrategias activas de afrontamiento (tales como, expresión de sentimientos y búsqueda de apoyo social) fueron significativamente predictores de una alta satisfacción marital (Schmidt, Holstein, Christensen y Boivin, 2005). Berghuis y Stanton (2002) demostraron que además las estrategias de afrontamiento activo son predictores de bajos niveles de estrés en la pareja sometida a TRA.

En consideración de las evidencias empíricas, el subprograma MIV-CA se diseñó con el objetivo de ofrecer distintas estrategias a los miembros de la pareja con la finalidad de que reciban información acerca de habilidades destinadas a aumentar la frecuencia de las interacciones positivas, a optimizar la comunicación y las habilidades de solución de problemas. Además, se ofrecen algunos lineamientos generales destinados a disminuir el impacto de la infertilidad en la sexualidad. Por último, se ofrecerán algunos lineamientos a la pareja con la finalidad de optimizar la comunicación con familiares y/o amigos.

El subprograma MIV-CA se basa en intervenciones grupales considerando los beneficios planteados por Liberman et al. (1987): Ofrecen mayores fuentes de retroalimentación y más intercambio para los otros miembros del grupo, ofrecen distintos modelos de interrelación en una pareja aportando mayor gama de opciones para contrastar, la retroalimentación que ofrece tiene mayor impacto para la pareja que la retroalimentación que ofrece el terapeuta solo y, por último, ofrece aceptación, soporte y un medio de aprendizaje seguro para la pareja.

Conjuntamente, considerando diversos estudios realizados en el área de la infertilidad, las intervenciones de formato grupal dirigido a los miembros de la pareja ofrecen la oportunidad de beneficiarse de la intervención tanto de forma individual como pareja simultáneamente arrojando la ventaja adicional de fortalecer el significado de la

infertilidad como un problema de ambos más que un problema del hombre o de la mujer. Asimismo, proporciona un sistema de apoyo social a las parejas que a la vez actúa como fuente de aceptación social, lo cual puede ayudar a superar la estigmatización asociada a la infertilidad (Asen, 2002 citado por Lemmens et al., 2004; McFarlane, 2002 citado por Lemmens y cols., 2004; Boivin, 2003).

Finalmente, la terapia grupal marital crea un fórum para discutir distintos tópicos, lo cual puede ser dificultoso de lograr para una sola pareja. Es más, el discutir estas cuestiones en el contexto de la terapia grupal marital tiene el efecto de normalizar la comunicación entre los miembros de la pareja y a traspasar barreras entre ellos (Asen, 2002 citado por Lemmens et al., 2004; McFarlane, 2002 citado por Lemmens et al., 2004).

Considerando lo expuesto y a la valoración de los recursos disponibles, se establecieron los objetivos y las actividades necesarias para su logro, así como los índices de rendimiento para su evaluación basados en los criterios mencionados por Guevara (2005). De igual forma, en consideración a los beneficios y la importancia de la implementación de manuales mencionados, se desarrollaron dos manuales: 1. Comunicación Asertiva. Manual del Participante (CA-MP) y 2. Comunicación Asertiva. Cuaderno de Actividades (CA-CA).

- **Etapa III: Evaluación del Programa**

Esta constituye la última etapa cuya elaboración debe haber contemplado las etapas previamente planteadas. Dentro del procedimiento de evaluación Jahoda y Barnitz (1955 citados por Guevara (2005), identifican cinco pasos metódicos a mencionar: 1° definición de los objetivos; 2° elección de los criterios y de los métodos para su evaluación; 3° determinación de una estructura lógica del procedimiento; 4° obtención de los datos; y 5° análisis de los datos.

En consideración a lo expuesto, se llevaron a cabo una serie de pasos sistemáticos para la evaluación del PIP-AI. En primera instancia, se llevó a cabo el diseño para la evaluación del mismo siguiendo los lineamientos propuestos por los autores mencionados.

1. Diseño de la Evaluación del Programa

En primer lugar, se definió el objetivo de la evaluación considerando lo expuesto por Fernández-Ballesteros (1996) quien afirma que depende de su función y Musto (1975 citado por Guevara) que señala como función fundamental la retroalimentación. Así, se planteó como objetivo de la evaluación del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman, su optimización como producto de la retroalimentación obtenida a partir de los datos obtenidos de la validación de los mismos.

En segundo lugar, para el diseño de la evaluación, se estableció el tipo de evaluación. De acuerdo a Bausela (2003) no existe un modelo general en la investigación evaluativa, por lo que el tipo de evaluación se puede establecer a través de distintas dimensiones que dependen de los objetivos y procedimientos propios de cada investigación evaluativa. Así, considerando el momento en que se realizó la evaluación, la evaluación se definió como una evaluación formativa (Fernández-Ballesteros, 1996), ya que se realizó durante la elaboración o diseño del programa, en donde se evaluó de forma minuciosa y rigurosa sus elementos constituyentes con la finalidad de perfeccionar el programa.

En consideración de la relación del evaluador con el programa, se definió como una evaluación desde fuera, ya que fue realizada por personas ajenas a la elaboración del programa (Fernández-Ballesteros, 1996). En la presente investigación, la evaluación se llevó a cabo a través del juicio de valor de profesionales ajenos al diseño y a la elaboración del PIP-AI.

Considerando el objeto a evaluación se definió como una evaluación del diseño del programa, la cual se basa en juzgar la pertinencia y eficacia potencial de un programa (Aguilar et al., 1994). En este caso, se evaluó la conveniencia de los elementos que componen el PIP-AI y subprogramas, la cual abarca no solo la adecuación del mismo, sino además valoración de su potencial eficacia.

Tomando en cuenta la finalidad de la evaluación, se definió como una evaluación proactiva la cual tiene como finalidad la evaluación con fines a la toma de decisiones sobre el programa en términos de mejorarlo (Fernández-Ballesteros, 1996). En este caso,

se evaluó la conveniencia de las acciones contenidas en el PIP-AI y en los subprogramas para modificarlos o corregirlos con la finalidad de optimizarlo.

En tercer lugar, para el diseño de la evaluación del PIP-AI, se valoró la evaluabilidad del mismo. Esto es, de acuerdo a Fernández-Ballesteros (1996), analizar la medida en que un programa puede ser evaluado, la cual se fundamenta en la estructura del mismo. Así, para poder realizar una evaluación es necesario cumplir con los siguientes requisitos (Rodríguez, 1993 citado por Carballo, 1996): a) Los objetivos han de estar formulados explícitamente; b) se han de establecer los indicadores o criterios de valoración; y, c) la evaluación ha de estar prevista desde el inicio del programa.

Con la finalidad de avalar la evaluabilidad del PIP-AI, se estructuró el PIP-AI y los subprogramas que lo constituyen, especificando y definiendo explícitamente cada uno de sus elementos los cuales fueron respaldados por una exhaustiva y sistemática investigación teórica y empírica. Conjuntamente, se definieron y se especificaron cada uno de las dimensiones a evaluar y los criterios de valoración.

Asimismo, tanto el diseño y elaboración del PIP-AI como el diseño de la evaluación del mismo, fueron el producto de los pasos planteados por bibliografía especializada en el tema, lo cual apoya su idoneidad en cuanto a su desarrollo. Y dado que la evaluación del PIP-AI corresponde a uno de los objetivos de la presente investigación, resulta obvia su contemplación desde el inicio.

En quinto lugar, para el diseño de la evaluación, se seleccionaron las dimensiones a evaluar. Así, en consonancia a los pasos anteriores, las dimensiones evaluadas en el PIP-AI y los subprogramas que lo componen correspondieron a los objetivos generales definidos como los fines perseguidos a través del desarrollo de los mismos, a los objetivos específicos definidos como planteamientos que guían las acciones a corto plazo, las cuales fueron derivados de los objetivos generales, las actividades definidas como las tareas concretas que se deben llevar a cabo para el logro de los objetivos planteados y, por último, a las pautas de cumplimiento definidos como normas o índices de cumplimiento e instrumentos para evaluar todos y cada uno de los objetivos específicos del PIP-AI y de los subprogramas que lo constituyen.

En sexto lugar, se seleccionaron los criterios de evaluación en consideración a los planteamientos de Cabrera (1987 citado por Carballo, 1996) y Guevara (2005) al propósito de la evaluación. De esta forma, los criterios de evaluación para la validación del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman fueron los siguientes: pertinencia, adecuación y factibilidad de los objetivos generales; pertinencia, adecuación y factibilidad de los objetivos específicos; pertinencia, adecuación y suficiencia de las actividades; suficiencia de las pautas de cumplimiento.

En séptimo lugar, se seleccionó como estrategia de evaluación, la evaluación por juicio de experto, el cual consiste de acuerdo a Guevara (2005) en la preparación de un esquema que incluya los elementos y/o criterios que deben ser juzgados en el programa por expertos (Guevara, 2005). En este sentido, la evaluación por juicio de expertos se definió como un conjunto de opiniones emitidas por un conjunto de profesionales de una disciplina asociada al programa a evaluar, respecto al valor o mérito de los elementos que lo constituyen obtenidos a través de un instrumento de recolección diseñado para ello.

En octavo lugar, en consistencia a los puntos anteriores, se determinó como técnica de recolección de datos la encuesta ya que, tal como menciona Hernández (1996), es un medio útil para juzgar la adecuación de un programa y para la consulta a expertos ajenos al programa.

En noveno lugar, se especificó el tipo de respuesta. En correspondencia al objetivo de evaluación planteado, a las dimensiones a evaluar, a los criterios de evaluación y con la finalidad de facilitar el proceso de evaluación por parte de los evaluadores, se optó por una respuesta de tipo dicotómica: de acuerdo/en desacuerdo. Además, en consideración de la optimización del PIP-AI, se incluye un apartado en donde los evaluadores pueden registrar observaciones o recomendaciones respecto a las dimensiones a evaluar en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforma.

En décimo lugar, se determinó y se elaboró los instrumentos de la recolección de datos. Así, en correspondencia los enunciados anteriores, se decidió construir los instrumentos de recolección de los datos, los cuales consistieron en tablas de registro que contenían las dimensiones a evaluar y los criterios valorativos.

En undécimo lugar, para el diseño de la evaluación del PIP-AI, se determinaron las técnicas de procedimiento y de análisis de datos. En concordancia con los puntos anteriores, el procesamiento de los datos consistió en la codificación de las respuestas emitidas por los evaluadores respecto a la conveniencia de las dimensiones evaluadas y su transferencia a una base de datos a través de Excel para realizar los análisis estadísticos. Asimismo, se determinó la disponibilidad de los evaluadores, se organizó el material de evaluación a entregar y, por último, la entrega de dicho material a la muestra de evaluadores seleccionados.

2. Evaluación del Programa PIP-AI

Como última etapa de la investigación, se llevó a cabo la evaluación del PIP-AI y de los subprogramas que lo contienen. Así, luego de la recolección de los datos a través de los instrumentos de evaluación diseñados para ello, se codificaron los datos considerando lo expuesto por Hernández et al. (2006). Seguidamente se llevó a cabo el análisis de los datos, siguiendo las etapas planteadas por Shaughnessy, Zechmeister y Zechmeister (2007): exploración de los datos, descripción de los datos e interpretación de los datos.

De esta forma, se interpretaron los resultados obtenidos en consideración del objetivo planteado en la presente investigación. Como se ha mencionado, el objetivo de la presente investigación fue determinar la validez del Programa de Intervención Psicológica (PIP-AI) y de los Subprogramas que lo conforman mediante la evaluación de expertos respecto a la pertinencia, adecuación, factibilidad y suficiencia de los mismos. A continuación se discutirán los resultados obtenidos.

Validez del PIP-AI y de los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA)

Se fijó como medida de Validez del PIP-AI y de los Subprogramas que lo conforman, que todos los objetivos, actividades y pautas de cumplimiento establecidos debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados. Para su discusión, se han de discutir previamente sus dimensiones: validez de los objetivos, validez de las actividades y validez de las pautas de rendimiento.

a. Validez de los Objetivos Generales y Específicos

En la presente investigación se fijó como *medida de Validez de los Objetivos* del PIP-AI y de los Subprogramas que lo constituyen, que todos los objetivos generales y específicos formulados debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados.

De esta forma, los objetivos del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman *son válidos* dado que según los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todos los objetivos generales y específicos formulados en los mismos han resultado pertinentes, adecuados y factibles, es decir, el porcentaje mínimo de acuerdo entre evaluadores referente a la pertinencia, adecuación y factibilidad de todos los objetivos han sido 60%, cumpliéndose de esta forma el criterio definido para ello y, por ende, el PIP-AI y los subprogramas que lo componen son válidos respecto a sus objetivos.

De lo cual se puede deducir que los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas constituyentes son pertinentes, adecuados y factibles para el logro de la adquisición por parte de los participantes de técnicas de afrontamiento destinadas a minimizar conductas de riesgo y/o maximizar conductas protectoras asociadas a la infertilidad. De lo cual se puede derivar que los objetivos generales y específicos definidos en el PIP-AI y en los subprogramas constituyentes responden a las necesidades de la población a la cual va dirigida, son apropiados a la misma y son potencialmente alcanzables

b. Validez de las Actividades

Se fijó como *medida de Validez de las Actividades* del PIP-AI y de los subprogramas que lo constituyen, que todas las actividades planteadas debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados. Respecto a las actividades del PIP-AI y de los subprogramas que lo conforman, *son válidos* dado que de acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todas las actividades planteadas en los mismos han resultado pertinentes, adecuados y suficientes, es decir, el porcentaje mínimo de acuerdo entre evaluadores asociado a la pertinencia, adecuación y suficiencia de todas las actividades han sido 60%, cumpliéndose así el criterio definido para ello y, por consiguiente, el PIP-AI y los subprogramas que lo constituyen son válidos respecto a sus actividades.

De lo cual se puede deducir que las actividades planteadas en el PIP-AI y en los subprogramas constituyentes son pertinentes, adecuados y suficientes para el logro de la adquisición por parte de los participantes de técnicas de afrontamiento destinadas a minimizar conductas de riesgo y/o maximizar conductas protectoras asociadas a la infertilidad. De lo cual se puede derivar que las actividades enunciadas en el PIP-AI y en los subprogramas constituyentes son congruentes con los objetivos planteados y, apropiados y suficientes para el logro de los mismos.

c. Validez de las Pautas de Cumplimiento

Respecto a la validez de las pautas de cumplimiento formuladas en el PIP-AI y de los subprogramas, como fue señalado, es la medida en que las pautas de cumplimiento definidas en los mismos son suficientes para el logro de la adquisición de los participantes de técnicas de afrontamiento destinadas a minimizar conductas de riesgo y/o maximizar conductas protectoras asociadas a la infertilidad.

En la presente investigación se fijó como medida de validez de los pautas de cumplimiento del PIP-AI y de los subprogramas que lo constituyen, que todas las pautas de cumplimiento formuladas debían cumplir con los criterios con los cuales fueron evaluados. Así, respecto a las pautas de cumplimiento enunciadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman *son válidos* dado que de acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todas las pautas de cumplimiento planteadas en los mismos han resultado suficientes, es decir, el porcentaje mínimo de acuerdo entre evaluadores asociado a la suficiencia de todas las pautas de cumplimiento han sido 60%, cumpliéndose así el criterio definido para ello y, por consiguiente, el PIP-AI y los subprogramas que lo constituyen son válidos respecto a sus pautas de cumplimiento. De lo cual se puede deducir que las pautas de cumplimiento descritas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman son suficientes para el logro de los objetivos enunciados en los mismos.

De los párrafos anteriores, se puede deducir que el PIP-AI y los subprogramas que lo componen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son válidos dado que según los resultados obtenidos en los instrumentos de medición, todos los objetivos generales y específicos formulados resultaron pertinentes, adecuados y factibles; todas sus

actividades resultaron pertinentes, adecuados y suficientes; y, sus pautas de cumplimiento resultaron suficientes, siendo el porcentaje mínimo de acuerdo entre evaluadores respecto a cada uno de ellos 60%, cumpliéndose de esta forma los criterios definidos para ello y, por ende, el PIP-AI y los subprogramas que lo componen son válidos respecto a sus objetivos, a sus actividades y a sus pautas de cumplimiento.

Es decir, el PIP-AI y los subprogramas que lo componen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son válidos, esto es, los objetivos generales y específicos formulados responden a las necesidades de la población a la cual va dirigida, son apropiados para la población a la cual se dirige y son potencialmente alcanzables. Igualmente, las actividades planteadas en los mismos son congruentes, apropiadas y suficientes para el alcance de los objetivos planteados en los mismos. Y, las pautas de cumplimiento definidas son suficientes para el logro de los objetivos formulados en los mismos.

3. Modificación del Programa PIP-AI

En consideración de la optimización del PIP-AI y de los subprogramas que los componen, en el instrumento de recolección de los datos se incluyó además un apartado en donde los evaluadores podían registrar observaciones y/o recomendaciones respecto a las dimensiones a evaluar en el programa. Las modificaciones consistieron en correcciones en la redacción de algunos objetivos y pautas de cumplimiento en términos de su especificidad. Asimismo, se consideró la sugerencia de implementar una técnica de dinámica de grupo de presentación al inicio del programa.

Es importante destacar que los resultados obtenidos en cuanto a la validez de PIP-AI y de los subprogramas que los componen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) pueden deberse a que se consideraron los lineamientos pautados por Fernández-Ballesteros (1996); Hernández (1996) y, Machado y Blanco (s.f. citado por Guevara, 2005) durante la planificación, diseño y evaluación de los mismos, los cuales fueron mencionados al inicio del apartado.

En este sentido, en concordancia a lo mencionado por Riedman (1981 citado por Guevara, 2005) y Fernández-Ballesteros (1990 citado por Guevara, 2005), dado que la evaluación se inició simultáneamente con la planificación del programa, en donde las

acciones evaluativas se destinaron en un primer momento a estimar las necesidades y recursos como base para la toma de decisiones, respecto a las metas y objetivos, para así seleccionar las estrategias más idóneas para su alcance, con criterios de cumplimiento debidamente formulados para su valoración, lo cual constituyó un paso previo para garantizar la validez del PIP-AI y de los subprogramas que lo componen en términos de adecuación, pertinencia, factibilidad y suficiencia.

Por último, es importante acotar que aun cuando el PIP-AI y los subprogramas (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV-CA) son válidos respecto a sus objetivos, actividades y pautas de cumplimiento, es vital su evaluación durante y luego su implantación considerando que la evaluación ha de ser continua como mecanismo de control de retroalimentación para su optimización para así valorar o estimar su efectividad o relevancia clínica o social.

Aun cuando en la muestra de participantes se conformó por Psicólogos expertos en el área Clínica, no contó con Psicólogos expertos en el área de la Infertilidad. Asimismo, algunos de los evaluadores que opinaron no estar de acuerdo en algunos de los criterios de las dimensiones evaluadas no especificaron en el formato dedicado a ello alguna observación y/o sugerencia al respecto, por lo que es vital insistir en una entrevista con todos los evaluadores para obtener esta información importante para la optimización del PIP-AI.

Por último, dado que en la presente investigación se realizó una evaluación del PIP-AI y de los subprogramas que los componen para determinar su validez en términos de pertinencia, adecuación, factibilidad y suficiencia de los objetivos, actividades y pautas de cumplimiento, es decir, es una evaluación de una potencial efectividad del mismo por lo que no constituye una determinación definitiva de su relevancia clínica o social ya que se necesitan, además realizar evaluaciones durante y luego de su implantación para su comprobación.

VIII. CONCLUSIONES

Luego de efectuar la presente investigación en la que se diseñó y se evaluó un programa de intervención psicológica (PIP-AI) dirigido a parejas que asisten a tratamientos de reproducción asistida, se puede concluir lo siguiente:

- El diseño y la evaluación de un programa de intervención psicológica implica una sistemática y rigurosa recolección de información propia del método científico constituida por distintas fases: planificación, diseño y evaluación del mismo.
- La evaluación de un programa de intervención ha de iniciarse simultáneamente con la planificación del programa, en donde las acciones evaluativas se destinan en un primer momento a estimar las necesidades y recursos como base para la toma de decisiones respecto a las metas y objetivos para así seleccionar las estrategias más idóneas para su alcance con pautas de cumplimiento debidamente formulados para su valoración. Todo ello como paso previo para garantizar la conveniencia de los elementos que conforman un programa.
- Tanto en la planificación y en el diseño del programa de intervención psicológica como en el diseño de la evaluación del mismo, es necesario realizar una extensa y exhaustiva revisión de distintas fuentes de información asociadas al área de investigación (entrevistas, libros, revistas científicas, páginas web, entre otros).
- Durante el diseño y elaboración del programa de intervención psicológica se ha de considerar minuciosamente cada uno de los elementos que lo componen basados en lineamientos planteados en la bibliografía especializada.
- En el diseño de la evaluación del programa de intervención psicológica es necesario considerar aspectos importantes para su evaluabilidad en consonancia con la etapas previas, tales como el objetivo, objeto y tipo de evaluación, elección de las dimensiones a evaluar y los criterios para ello, la estrategia de evaluación y de recolección de datos, los instrumentos de recolección de datos, las técnicas de procedimiento y de análisis de datos, determinación y disponibilidad de los evaluadores y, por último, elaboración del material de evaluación a entregar a los evaluadores.
- Los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo constituyen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV) son

pertinentes, es decir, responden a las necesidades de la población a la cual va dirigida.

- Los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo constituyen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV) son adecuados, es decir, son apropiados para la población a la cual se dirige.
- Los objetivos generales y específicos formulados en el PIP-AI y en los subprogramas que lo constituyen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV) son factibles, es decir, son potencialmente realizables.
- Las actividades enunciadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV) son pertinentes, son congruentes con los objetivos planteados en los mismos.
- Las actividades enunciadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV) son adecuadas, es decir, son apropiadas para el logro de los objetivos planteados en los mismos.
- Las actividades enunciadas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV) son suficientes, es decir, son suficientes para el alcance de los objetivos planteados en los mismos.
- Las pautas de cumplimiento definidas en el PIP-AI y en los subprogramas que lo conforman (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA, MIV), son suficientes, es decir, son suficientes para el logro de los objetivos formulados en los mismos.
- El PIP-AI y los subprogramas que lo constituyen (MI-ABI, MII-AD, MIII-CA) es válido respecto a los objetivos generales y específicos definidos.
- El PIP-AI y los subprogramas que lo constituyen (MI-ABI, MII-AD, MIII-CA) es válido respecto a las actividades planteadas.
- El PIP-AI y los subprogramas que lo constituyen (MI-ABI, MII-AD, MIII-CA) es válido respecto a las pautas de cumplimiento definidas.
- El PIP-AI y los subprogramas que lo constituyen (MI-ABI, MII-AD, MIII-CA, MIV-CA) son válidos dado que los objetivos generales y específicos formulados responden a las necesidades de la población a la cual va dirigida, son apropiados para la población a la cual se dirige y son potencialmente alcanzables. Igualmente, las actividades planteadas en los mismos son congruentes, apropiadas y suficientes

para el alcance de los objetivos planteados en los mismos. Y, las pautas de cumplimiento definidas son suficientes para el logro de los objetivos formulados en los mismos.

- Los resultados obtenidos en cuanto a la validez de PIP-AI y de los subprogramas que los componen (MI-ABI, MII-AD, MIII-AA. MIV-CA) pueden atribuirse a que se consideraron los lineamientos pautados en la bibliografía especializada durante la planificación, diseño y evaluación de los mismos.
- La determinación de la validez del PIP-AI y de los subprogramas que lo componen ofrece información en términos de su adecuación de los objetivos formulados, de las estrategias para alcanzarlos y de las pautas para su valoración, lo cual permitirá durante su implantación evitar diseñar tácticas fortuitas que puedan interferir en la supuesta eficacia o efectividad del programa.

IX. LIMITACIONES

- Si bien se realizó una búsqueda rigurosa de fuentes de información para la planificación del diseño del programa de intervención psicológica y de la evaluación del mismo no se tuvo acceso a referencias empíricas recientes asociadaa al área de la infertilidad.
- A pesar de que durante la planificación y el diseño del subprograma MIII-AA (Módulo III: Afrontando la Ansiedad) se sustentó siguiendo los lineamientos planteados en la bibliografía especializada en la teoría de programas y en el área de la Psicología, no se contó con suficientes referencias empíricas asociadas a la infertilidad.
- Aun cuando en la muestra de participantes se conformó por Psicólogos expertos en el área Clínica, no contó con Psicólogos expertos en el área de la Infertilidad.
- Algunos de los evaluadores que opinaron no estar de acuerdo en algunos de los criterios de las dimensiones evaluadas no especificaron en el formato dedicado a ello alguna observación y/o sugerencia al respecto, por lo que es vital insistir en una entrevista con todos los evaluadores para obtener esta información importante para la optimización del PIP-AI.
- Dado que en la presente investigación se realizó una evaluación del PIP-AI y de los subprogramas que los componen para determinar su validez en términos de pertinencia, adecuación, factibilidad y suficiencia de los objetivos, actividades y pautas de cumplimiento, es decir, es una evaluación de una potencial efectividad del mismo por lo que no constituye una determinación definitiva de su relevancia clínica o social ya que se necesitan, además realizar evaluaciones durante y luego de su implantación para su comprobación.

X. RECOMENDACIONES

- Consultar fuentes de información actualizadas en el área de la Infertilidad.
- Incluir las instrucciones de las técnicas de relajación descritas en el subprograma Afrontando la Ansiedad (MII-AA) en un cd de audio con la finalidad de facilitar el aprendizaje de las técnicas de relación por parte de los participantes.
- Diseñar una página web dirigido al monitoreo de las actividades asignadas fuera del contexto clínico y a la promoción de un espacio para la consulta por parte de los participantes del programa al psicólogo encargado. Todo esto para facilitar no sólo la generalización de las conductas aprendidas sino también para facilitar el mantenimiento de la conducta generalizada.
- Estimar la disponibilidad de los recursos (materiales, técnicos y humanos) necesarios para la adecuada implantación del PIP-AI.
- Implantación del PIP-AI. Es decir, la puesta en marcha del PIP-AI desarrollando todas y cada una de las acciones contempladas.
- Evaluación durante y después de la implantación del PIP-AI considerando que la evaluación ha de ser continua como mecanismo de control de retroalimentación para su optimización para así estimar su efectividad o relevancia clínica.
- Con la finalidad de determinar la eficacia o relevancia experimental del PIP-AI mediante diseños de control, es conveniente ofrecer el PIP-AI al grupo que no recibió dicha intervención (grupo control) luego de haber realizado el estudio por principios éticos.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, A.; Andrews, F. y Halman, L. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: what is their impact on marital life quality of infertile and fertile couples? *Journal of Personality & Social Psychology*, 68 (3): 455-469.
- A.D.A.M, Inc. (2002). Infertilidad. [Página Web en línea]. Disponible en: <http://www.adam.com/urac>
- Aguilar, M. y Ander-Egg, E. (1994). Evaluación de servicios y programas sociales. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Aiken, L. (2003). Test psicológicos y evaluación. México: Pearson Educación.
- Álvaro, M.; Buela-Casal, G. (1997). Diseños de evaluación de programas. En Buela-Casal, G. y Sierra, J. (dirs.). *Manual de Evaluación Psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- American Society for Reproductive Medicine (2004). Definition of “Infertility”. *Fertility and Sterility*, 82 (1): s206.
- American Fertility Society (1986). Ethical Considerations of the New Reproductive Technologies. *Fertility and Sterility*. 46: 1-94.
- Amigo, I.; Fernández, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud* (2ª Ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ander-Egg, E. (2003). Métodos y técnicas de investigación social. Técnicas para la recogida de datos e información (vol. IV). Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Anderson, K.; Sharpe, M.; Rattray, A. e Irvine, D. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54 (4): 1384-1391.
- Antequera, R.; Moreno Rosset, C.; Jenaro, C. y Ávila, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo* (29) 2: 167-175.
- Arco, J.; Buela-Casal, G. y Justicia, F. (1997). Evaluación de Programas. En Buela-Casal, G. y Sierra, J. (dirs.). *Manual de Evaluación Psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Ardenti, R.; Campari C.; Agazzi, L. y La Sala, G. (1999). Anxiety and perceptive functioning in infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14:3126-3132.
- Arias, F. (2004). El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Caracas: Editorial Episteme, C. A.

- Arias, I. y House, A. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los problemas de pareja. En Caballo, V. (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1). Madrid: Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Aspinwall, L. y Taylor, S. (1992). Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*. 63: 989-1003.
- Bausela, E. (2003). Metodología de la investigación evaluativa: Modelo CIPP [Versión electrónica], *Revista Complutense de Educación* 14 (2): 361-376.
- Becker, G. y Nachtigall, R. (1991). Ambiguous responsibility in the doctor-patient relationship: the case of infertility. *Social Science and Medicine* 32 (6): 877-885.
- Becker, G. (1994). Metaphors in disrupted lives: Infertility and cultural constructions of continuity. *Medical Anthropology Quarterly* 8 (3): 383-410.
- Becker, G. y Nachtigall, R. (1994). "Born to be a mother": the cultural construction of risk in infertility treatment. *Social Science and Medicine* 39 (3): 507-518.
- Berg, B. y Wilson, J. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine* 14 (1): 11-26.
- Berger, D. (1980). Impotence following the discovery azoospermia. *Fertility and Sterility* 34: 154-156.
- Bevilacqua, K.; Barard, D.; Youchah, J. y Witt, B. (2000). Is affect associated with infertility treatment outcome? *Fertility and Sterility*, 73 (5): 648-649.
- Boivin, J.; Takefman, J.; Brender W. y Tulandi, I. (1992). The effects of female sexual response on early on reproductive process. *Journal of Behavioral Medicine* 15 (5): 509-518.
- Boivin, J. y Takefman, J. (1995). Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non pregnant women. *Fertility and Sterility* 64 (7): 802-810.
- Boivin, J.; Takefman, J.; Tulandi, I. y Brender W. (1995). Reactions to infertility based in extent of treatment failure. *Fertility and Sterility* 63 (6): 801-807.
- Boivin, J.; Anderson, L.; Skoog-Svanberg, A.; Hjelmstedt, A.; Collins, A. y Bergh, T. (1998). Psychological reactions during in-vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*, 13: 3262-3267.
- Boivin, J.; Appleton, T.; Baetens, P.; Baron, J.; Btitzer, J.; Corrigan, E.; Daniels, K.; Darwisw, J.; Guerra, D.; Hammar, M.; McWhinnie, A.; Strauss, B.; Thorn, Wischmann, T. y Kentenich, H. (2001). Guidelines for counseling in infertility: outline version. *Human Reproduction* 16 (6): 1301-1304.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Thompson Editores Spain
- Paraninfo, S. A.

- Brucker, P. y McKenry, P. (2004). Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility. [Revista en línea], 33 (5). Consultado el 25 de Agosto de 2004 en: <http://www.jogn.com>
- Brokovich, A. y Fisher, W. (1998). Psychological distress and infertility: Forty years of research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19 (4): 218-228.
- Caballero, P.; y Nuñez, R. (1999). *La esterilidad: una guía para pacientes*. [Versión electrónica] Madrid: Sociedad Española de Fertilidad. Recuperado el 15 de Junio de 2004 en: <http://www.sef.es>
- Caballo, V. (2002). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (5ª Ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Capafóns, J. y Sosa, D. (1998). Un programa estructurado para el tratamiento de los problemas de pareja. En Caballo, V. (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1). Madrid: Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Carballo, R. (1996). Evaluación de programas de intervención tutorial [Versión electrónica]. *Revista Complutense de Educación*, 7 (1): 97- 118.
- Carreño, J.; Morales, E.; Aldana, E. Y Flores, A. (2000). Depresión y Ansiedad en distintos períodos de evolución de la esterilidad. *Perinatología y Reproducción Humana*, 14 (1): 14-20.
- Clarke, R.; Klock, S.; Geoghegan, A. y Travassos, D. (1999). Relations between psychological stress and semen quality among in-vitro fertilization patients. *Human Reproduction*, 14 (3): 753-758.
- Chiba, H.; Mori, E., Morioka, Y.; Kashiwakura, M., Nadaoka, T.; Saito, H. y Hiroi, M. (1997). Stress of female infertility: relations to length of treatment. *Gynecologic and Obstetric investigation*, 43 (3):171-177.
- Cohen, R. y Swerdlik, M. (2001). Pruebas y evaluación Psicológica. Introducción a las pruebas y a la medición. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Cohen, S. y Wills, T. (1985). Stress, social support of the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98: 310-318.

- Cormier, W. y Cormier, L. (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Cozarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65: 1224-1236.
- Daniluk, J. (1991). Strategies for counseling infertile couples. *Journal of Counseling y Development* 69 (1): 317-320.
- Daniluk, J. (2001). If we had it do over again...Couples reflections on their experiences of infertility treatments. *Family Journal Counselling and Therapy for Couples and families* 9 (2): 122-123.
- Davis, M.; McKay, M. y Eshelman, E. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Daya, S. (1998). Definitions and factors affecting infertility. En Rodríguez, O.; Hédon, B. y Daya, S (Eds). *Infertility and Contracepción*. The International Federation of Fertility Societies. New York: Partenón.
- Demiyttenaere, K.; Nijs, P. y Evers-Kiebooms, G. (1992). Coping and the ineffectiveness of coping influence the outcome of in vitro fertilization through stress responses. *Psychoneuroendocrinology*, 17 (5): 655-665.
- Demiyttenaere, K.; Bonte, I.; Gheldof, M.; Vervaeke, M.; Meuleman, C. y Vanderschuerem, D. (1998). Coping style and depresión level influence outcome in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 69: 1026-1032.
- Díaz, M., Comeche, M. y Vallejo, M. (2003). Tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En Pérez, M., Fernández, C. y Amigo, I. (Eds). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Dolz, P. y García, A. (2002). Incidencia positiva de los programas de apoyo psicológico en los tratamientos de reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*. Número especial del 24º Congreso de la Sociedad Española de Fertilidad, 233.

- Domar, A.; Seibel, M. y Benson, H. (1990). The mind/body program for infertility: A new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 58 (1): 144-147.
- Domar, A.; Broobe, A. y Zuttermeister, P. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile couple. *Fertility and Sterility* 58 (9): 1158-1163.
- Domar, A.; Zuttermeister, P. y Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 14: 45-52.
- Domar, A.; Zuttermeister, P.; Seibel, M. y Benson, H. (1992). Psychological improvement in infertility women after behavioral treatment: A replication. *Fertility and Sterility*, 58: 144-147.
- Domar, A.; Clapp, D.; Slawsby, E.; Dusek, J.; Kessel, B. y Freizinger, M., (2000a). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in fertile women. *Fertility and Sterility*, 73 (4): 805-811.
- Domar, A.; Clapp, D.; Slawsby, E.; Kessel, B. y Freizinger, M. (2000b). The impact of group psychological interventions on distress infertility women. *Health Psychology*, 19 (4): 568-575.
- Domar, A. y Lesch, K. (2004). *Conquering Infertility. Dr. Alice Domar`s Mind/body guide to enhancing fertility and coping with infertility*. New York: Penguin Group.
- Emery, M.; Berán, M.; Darwiche, J.; Oppizzi, L.; Capel, R.; Guex, P. y Germond (2003). Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counseling. *Human Reproduction*, 18 (12): 2647-2653.
- Faccinett, F.; Tarabusi, M. y Volpe, A. (2004). Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology*, 29 (2): 162-173.
- Fanchin, R.; Gellman, S.; Righini, C.; Ayoubi, J.; Olivennes, R. y Frydman, R. (2000). Uterine contraction frequency al time of embryo transfer (ET) is correlated with anxiety levels. *Fertility and Sterility*, 74 (3): S256.

- Fassino, S.; Piero, A.; Boggio, S.; Piccioni, V. y Garzaro (2002). Anxiety, depression and anger supresión in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction* 17, (11): 2986-2994.
- Fekkes, M.; Buitendijk, S.; Verrips, G.; Braat, D.; Brewaeys, A.; Dolfing, J.; Kortman, M.; Leerentveld, R. y Macklon, N. (2003). Health-related quality of live in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction* 18 (7): 1536-1546.
- Ferguson, H. y Peoples, D. (2001). *What to Expect When You're Experiencing Infertility*. New York: Norton and Company.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. En Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. (pp. 21-47). Madrid: Síntesis Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R.; Hernández, J.; Montorio, I.; Guerrero, M.; Llorente, G. e Izal, M. (1989). Evaluación de servicios sociales [Versión electrónica], *Papeles del Psicólogo* 41: 11-22.
- Fernández, L. y García, M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. En Simón, M (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Fleming, J. y Courtney, B. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46: 404-421.
- Freeman, E.; Boxer, A.; Rickels, K.; Tureck, R. y Mastroianni, L. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility* 4 (1): 48-53.
- Fritzen, S. (1993). *Ejercicios prácticos de dinámica de grupo*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Gallinelli, A.; Ronvaglia, R.; Matteo, M.; Ciaccio, I.; Volpe, A. y Fachinetti, F. (2001). Immunological changes and stress are associated with different implation rates in patients undergoing in Vitro fertilization-embryo transfer. *Fertility and Sterility* 76: 85-91.

- Gardner, D.; Weisman, A.; Howles, C. y Shoham, Z (2004). Textbook of Assisted Reproductive Techniques: Laboratory and Clinical Perspectives. Londres: Martin Dunitz.
- Gerrity, D. (2001). Five medical treatment stages of infertility: Implications for counselors. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 9 (2): 140-150.
- Gil, F. y Acover, C. (2003). *Introducción a la psicología de los grupos*. Madrid: Pirámide.
- Godoy, J. (1998). Medicina Conductual. *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. En Caballo, V. (comp.) Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Godoy, A. (1998b). El proceso de la evaluación conductual. *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. En Caballo, V. (comp.) Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En Simón, M. (Ed). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- Greil, A.; Leitko, T. y Porter, K. (1988). Infertility: his and hers. *Gender and Society* 2 (1): 172-199.
- Greil, A.; Leitko, T. y Porter, K. (1989). Sex and intimacy among infertile couples. *Journal of Psychology and Sexuality Human* 2 (4): 117-138.
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45 (11): 1679-1704.
- Guerra, D. (2002). *Cómo afrontar la Infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Guevara, M. (2005). *Gerencia de Servicios Psicológicos. Una estrategia para la formulación de programas*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.
- Gutiérrez, K. (2007). Intervención psicológica grupal en reproducción humana asistida, [Versión electrónica], *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 12: 1-93.
- Hammarberg, K.; Astbury, J. y Baker, H (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16: 374-383.

- Hansell, P. y Thorn, B. (1998). The relationship of primary appraisals of infertility and other gynecological stressor to coping. *Journal of Clinical Psychological in Medical Settings*, 5 (2): 133-145.
- Hernández, J. (1996). Evaluación de programas de salud. En Buela-Casal, G.; Caballo, V. y Sierra, J. (dirs.). *Manual de evaluación psicológica en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Hjelmstedt, A.; Widström, A.; Wramsby, H. y Collins, A. (2004). Emotional adaption following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81 (5): 1254-1264.
- Hurtado, J. (2008). *Cómo formular objetivos de investigación*. Caracas: Ediciones Quirón.
- Kains, K. (2001). The role the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues*, 11 (6): 481-485.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kee, B.; Jung, B. y Lee, S. (2000). A study on psychological strain in IVF patients. *Journal Assisted Reproduction Genetic*, 17: 445-448.
- Kemeter, P. y Fiegl, J. (1998). Adjusting to life when assisted conception fails. *Human Reproduction* 13 (4): 1099-1105.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37: 1-11. [Versión electrónica] Recuperado el 25 de Septiembre de 2005 en: <http://www.scielo.com>
- [Labiano, M. \(2004\). Introducción a la Psicología de la Salud. En Oblitas, L. \(coord.\). Psicología de la Salud y calidad de vida. México: International Thomson Editores, S.A.](#)

- Lalos, A.; Lalos, O.; Jacobson, L y Von Schoultz, B. (1985). The Psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment *Acta Obstetric et Ginecológica Scandinavica* 64 (5): 599-604.
- Lazarus, R. Y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Leader, A. (1984). Infertility: Clinical and psychological aspects. *Psychiatric Annals*, 14, 461-467.
- Lee, T.; Sun, G. y Chao, S. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16 (8): 1762-1767.
- Leiblum, S.; Aviv, A. y Hamer, R. (1998). Life after infertility treatment: A long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction*, 13 (12): 3569-3574.
- León, O.; y Montero, I. (1997). Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Lewinsohn, P., Gotlib, I. y Hautzinger. (2002). Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. En Caballo, V. (ed). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (vol. 1, pp. 493-541). (2ª Ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Liberman, R., Wheeler, E., De Visser, L., Kuehnel, J. y Kuehnel, T. (1987). Manual de Terapia de Pareja. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Llavona, L. y Mora, R. (2003). Atención psicológica a las parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En Ortigosa, J., Quiles, M. y Xavier, F (Eds.). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. (pp. 287-304). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Llavona, L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo* 29 (2): 158-166
- Lorber, J. y Bandlamudi, L. (1993). The dynamics of marital bargaining in male infertility. *Gender and Society*, 7 (1): 32-49.

- Luske, M y Vacc, N. (1999). Grief, depresión, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetrics and Gynecology*, 9 (2): 245-251.
- Matheny, K.; Aycock, D.; Pugh, J.; Curlette, W. y Silva-Cannella, K. (1986). Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Counseling Psychologist* 14 (3): 499-549
- Matos, R. (2005). Enfoque comparativo de programas sociales [Versión electrónica]. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)* 11 (2): 360-377.
- Martinez, C. (2002). La teoría de la evaluación de programas. *Cuadernos de la UNED*. Madrid: UNED
- Matsubayashi, H.; Hosaka, T.; Izumi, S.; Suzuki, T. y Makino, M. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction*, 16 (5): 966-969.
- McNaughton-Cassil, M.; Bostwick, M.; Vanscoy, S.; Arthur, N.; Hickman, T.; Robinson, R. y Neal, G. (2000). Development of bries stress management support groups for couples undergoing in Vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility* 74 (1): 87-93.
- McQueeney, D.; Stanton., A. y Sigmon, S. (1997). Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 20: 313-331.
- Mendola, R.; Tennen, H.; Affleck, G.; McCann, L. y Fitzgerald, T. (1990). Appraisal and adaptation among women with impaired fertility. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (1): 79-93.
- Merari, D.; Chetrit, A. y Modan, B (2002). Emotional reactions and attitudes prior to in vitro fertilization: An interspouse study. *Psychology & Health*, 17 (5): 629-640.
- Monroy, A (s.f.). Estadios Psicológicos de la Pareja Infértil. Recuperado el 13 de Agosto de 2004, de www.uaq.mx/psicologia/lamision/c_especie6.html.
- Montero, E. (2004). Marco conceptual para la evaluación de programas de salud [Versión electrónica], *Población y Salud en Mesoamérica*, 1 (2), 1-17.
- Moreno, A. y Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida [Versión electrónica], *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 12: 1-93.

- Moreno, A.; Guerra D.; Baccio, G.; Giménez, V.; Dolz, P.; Tirado, M.; Gutiérrez, K. y Gil, M. (2007). Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida [Versión electrónica], *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 12: 1-93.
- Moreno, R.; Martínez, R. y Chacón, S. (2000). Fundamentos metodológicos en Psicología y ciencias afines. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. **Ansiedad y depresión: principales trastornos asociados a la infertilidad. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [Versión Electrónica]. Recuperado el 7 de Noviembre de 2005 en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_f.htm**
- Moreno-Rosset, C. (2008). Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Papeles del Psicólogo* 29 (2): 154-157.**
- Naranjo, M. (2006). Evaluación de programas de salud [Versión electrónica], *Comunidad y Salud* 4 (2): 33-37.**
- Newton, C.; Hearn, M. y Yuzpe, A. (1990). Psychological assessment and follow-up after in-vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*, 54: 879-886.
- Newton, C; Sherrard, W. y Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility distress. *Fertility and Sterility* 72: 54-62.
- Newton, C. (1999). The fertility problem inventory measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72: 54-62.
- Oddens, B.; Den Tonkelaar, I. y Nieuwenhuyse, H. (1999) Psychosocial experiences in women facing fertility problems. A comparative survey. *Human Reproduction* 14 (1): 255-261.
- O'Moore, A.; O'Moore, R.; Harrison, R; Murphy, G. y Carruthers, M (1983). Psychosomatic aspects in idiopathic infertility. Effects of treatment with autogenic training. *Journal of Psychosomatic Research*, 27: 145-151.
- Palacios, E. y Jadresic, E. (2000). *Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Revista chilena de obstetricia y ginecología.*[Revista en Línea] 38 (2). Consultado el 13 de Agosto de 2004 en: <http://www.scielo.cl>
- Palacios, E.; Jadresic, E.; Palacios, F.; Miranda, C. y Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista chilena*

- de obstetricia y ginecología*. [Revista en Línea] 67 (1). Consultado el 13 de Agosto de 2004 en: <http://www.scielo.cl>
- Pérez, E (2002). *Atención Integral de La Infertilidad: Endocrinología, cirugía y reproducción asistida*. México: Mc Graw Hill- Interamericana.
- Peterson, B.; Newton, C.; Rosen, K. y Schulman, R. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*. 55: 227-239.
- Pook, M.; Krause, W. y Röhrle, B. (1999). Coping with infertility: distress and changes in sperm quality. *Human Reproduction* 14 (6): 1487-1492.
- Rehm, L. (1998). Métodos de Autocontrol. En Caballo, V. (ed). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp. 655-683). (4ª ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Ribes, E (1990). *Psicología de la Salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Roales-Nieto, J. (2004). Aproximación histórica a la psicología de la salud. En Roales-Nieto (Dir.) *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp.23-66). Madrid: Pirámide.
- Roales-Nieto, J. (2004). Delimitación conceptual de la psicología de la salud. En Roales-Nieto (Dir.) *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (67-117) Madrid: Pirámide.
- Roales-Nieto, J. (2004). Comportamiento y salud y comportamiento como riesgo. En Roales-Nieto (Dir.) *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Roales-Nieto, J. y López, F. (2004). Estrés y salud. En Roales-Nieto (Dir.) *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 351-390). Madrid: Pirámide.
- Roales-Nieto, J. y López, F. (2004). Apoyo social y salud. En Roales-Nieto (Dir.) *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp.217-234). Madrid: Pirámide.

- Rodríguez, J. (1999). La Psicología de la Salud en la España actual. En Simón A. (Ed.). *Manual de psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y aplicaciones* (pp. 177-216). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Rosenfeld, D. Y Mitchell, F. (1979). Treating the emotional aspects of infertility: Counseling services in an infertility clinic. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 135 (2):177-180.
- Rowe, P.; y Vayena, E. (2003). *Fertility Facts*. [Versión electrónica] Recuperado el 28 de Septiembre de 2004 en: <http://www.fertilityworld.org>
- Sabatelli, R.; Meth, R. y Gavazzi, S. (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations* 37 (2): 338-343.
- Salakos, N.; Roupa, Z.; Sotiropoulou, P. y Grigoriou, O. (2004). Family planning and psychosocial support for infertile couples. *European Journal of Contraception Reproduction Health Care* 9 (1): 47-51.
- Salazar, N. y Urdanibia, A. (2005). *Factores predictores de la adhesión al tratamiento en pacientes con presión arterial elevada (PAE)*. Trabajo de Grado para optar a la Licenciatura de Psicología. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Sánchez-Canovas, J. (1991). Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. En Buela-Casal, G. y Caballo, V. (comps). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Sandelowski, M. (1987). The color gray: ambiguity and infertility. *Image Journal of Nursing Scholarship* 19: 70-74.
- Sandelowski, M.; Holditch-Davis, D. y Harris, B. (1990). Living the life: explanations of infertility. *Sociology of Health and Illness* 12 (1): 195-215
- Sanders, K. y Bruce, N. (1999). Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 12 (6): 1656-1662.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck [Versión electrónica], *Anales de Psicología*, 9 (2), 133-170.
- Savitz-Smith, J. (2003). Couples undergoing infertility treatment: Implications for counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 11 (4): 383-387.

- Scheier, M. y Carver, C. (1987). Dispositional optimism and physical wellbeing: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*. 55: 169-210.
- Schmidt, L.; Holstein, B.; Boivin, J.; Tjornhoj-Thomsen, T.; Blaabjerg, J.; Hald, F. y Andersen, A. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: Findings from the Copenhagen Multi-Centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction* 18: 2638-2646.
- Schmidt, L.; Holstein, B.; Christensen, U. y Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling* 59: 244-251.
- Schmidt, L.; Tjornhoj-Thomsen, T.; Boivin, J. y Andersen, A. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling* 59: 252-262.
- Shaughnessy, J.; Zechmeister, E. y Zechmeister, J. (2007). Métodos de Investigación en Psicología. México: Mc-Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Sierra, R. (2003). Tesis doctorales y trabajos de investigación científica. Madrid: Thomson Editores Spain.
- Sierra, J., Buela-Casal, A. y Sánchez, A. (2004). Evaluación y tratamiento de los problemas de pareja. En Buela-Casal, G., y Sierra, J. (Eds.). *Manual de Evaluación de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L.
- Silva, A. y Nava, C. (1992). Confiabilidad y validez en Psicología. En Silva, A. Métodos cuantitativos en Psicología. Un enfoque metodológico. México: Editorial Trillas.
- Slade, P.; Emery, J. y Lieberman, B. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationship in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12: 183-190.
- Smeenk, J.; Verhaak, C.; Eugster, A.; Van Minnen, A.; Zielhuis, G. y Braat, D. (2001). The effect of anxiety and depression on outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16 (7): 1420-1423.
- Smeenk, J.; Verhaak, C., Stolwijk, A.; Kremer, J. y Braat, D. (2004). Reasons for dropout in an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm inject program. *Fertility and Sterility*, 81 (2): 262-268.

- Smith, T.; Pope, M.; Rhodewalt, F. y Poulton, J. (1989). Optimism neuroticism, coping, and symptom reports: an alternative interpretation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology* 56: 640-648.
- Sociedad Española de Fertilidad (2004). [Página web en línea]. Disponible en: <http://www.sefertilidad.com>
- Stanton, A. (1992). Downward comparison in infertile couples. *Basic Applied Social Psychological* 13: 389- 403.
- Sandelowski, M. (1987). The color gray: ambiguity and infertility. *Image Journal of Nursing Scholarship* 19: 70-74.
- Smeenk, J.; Verhaak, C.; Eugster, A.; Van Minnen, A.; Zielhuis, G y Braat, D. (2001). The effect of anxiety and depresión on the outcome of in Vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16 (3): 1420-1423.
- Smith, T.; Pope, M.; Rhodewalt, F y Poulton, J. (1989). Optimism, neuroticism, coping, and symptom reports: an alternative interpretation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56: 640-648.
- Stammer, H.; Wischmann, T. y Verres, R. (2002). Counseling and couple therapy for infertile couples. *Family Process*, 41 (1):111-115.
- Stoleru, S.; Teglas, P.; Fermanian, J. y Spira, A. (1996). Psychological factors in the actiology of infertility: a prospective cohort study. *Human Reproduction* 8: 1039-1046.
- Thiering, P.; Beaurepaires, J.; Jones, M.; Saunders, D. y Tennant, C. (1993). Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *Journal of Psychosomatic Research*, 37: 481-491.
- Tuschen, C.; Florin, I.; Krause, W. y Pook, M. (1999). Cognitive-Behavioral Therapy for idiopathic infertile couples. *Psychoterapy and Psychosomatic*, 68 (1): 15-21.
- Pereyra, M. (2004). Estrés y Salud. En Oblitas, L. (Comp.). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp.213-248). México: Internacional Thomson Editores.
- Remohi, J.; Romero, J.; Pellicer, A.; Simón, C. Y Navarro, J. (2001). *Manual práctico de esterilidad y reproducción humana*. Mc-Graw Hill- Interamericana.

- Rodríguez-Marín, J. (1999). La Psicología de la Salud en España. En Simón, M (Ed.). Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Terzioglu, F. (2001). Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22 (3):133-141.
- Tirado, M.; Giménez, V. y Guerra, D. (2007). Realidad de la Psicología Reproductiva. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 24 (4): 205-210.
- Valentine, D. (1986). Psychological impact of infertility: identifying issues and needs. *Social Work in Health Care* 11 (1): 61-69.
- Verhaak, C.; Jesper, M.; Smeenk, J.; Eugster, A.; Van Minnen, A.; Kremer, J. y kraaimaat, F. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility* 76 (3): 525-531.
- Verhaak, C.; Smeenk, J.; Minnen, A.; Kremer, J. y kraaimaat, F. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment. *Human Reproduction* 20 (8): 2253-2260.
- Wasser, S. (1994). Psychosocial stress and infertility: cause or effect? *Human Reproduction* 5 (4): 206-293.
- Wasser, S.; Sewall, G. y Soules, M. (1993). Psychology stress as a cause of infertility. *Fertility and Sterility* 59: 685-689.
- Whiteford, L. y Gonzalez, L. (1995). Stigma: the hidden burden of infertility. *Social Science y Medicine* 40 (1): 27-36.
- Wischmann, T.; Stammer, H.; Scherg, H.; Gerhard, I y Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human Reproduction*, 16 (8): 1753-1761.
- Woollett, A. (1985). Childlessness: strategies for coping with infertility. *International Journal of Behavioral Development* 8 (2): 473-482.

- Wright, J.; Bissonnette, F. y Duchsne, C. (1991). Psychosocial distress and infertility. Men and women respond differently. *Fertility and Sterility* 55 (2): 100-108.
- Yong, P.; Martín, C. y Thong, J. (2000). A comparison of psychological functioning in women at different stages of in vitro fertilization treatment using the mean affect adjective check list. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17 (10): 553-556.

XII. ANEXOS

ANEXO 1. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: AFRONTANDO LA INFERTILIDAD (PIP-AI).

A. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: AFRONTANDO LA INFERTILIDAD

I. INTRODUCCIÓN GENERAL

La infertilidad es una condición que afecta a múltiples parejas que desean tener un hijo (a) y no lo logran, la cual se encuentra asociada generalmente a algún factor biológico que disminuye las probabilidades de éxito de embarazo en términos de que se produzca o se mantenga. De acuerdo con la American Society for Reproduction Medicine (2004), la infertilidad es concebida como una enfermedad que inhibe la reproducción, debido a una interrupción estructural y/o funcional de algún órgano o sistema, o combinación de las mismas, que se manifiesta en un conjunto de signos y síntomas.

Si bien son múltiples los factores biológicos asociados, en la infertilidad se encuentran asociados otros factores, tales como los psicológicos, sociales y/o ambientales. En este sentido, tal y como plantea Godoy (1999) en relación a la interdependencia entre la salud y enfermedad, como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicoculturales).

En una revisión de la literatura especializada, se ha encontrado que son diversos los autores (Abbey, Andrews, y Halman, 1995; Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Merari, Chetrit y Modan, 2003; Lukse y Vacc, 1999; Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004; Leader, 1984; Rosenfeld y Nitchell, 1979) que afirman la existencia de factores psicológicos asociados a la infertilidad. Entre los factores psicológicos asociados se encuentran altos niveles de estrés, lo cual aumenta la vulnerabilidad de presentar conductas de ansiedad y depresión (Oddens, Tonkelar, Niuwenhuyse, 1999), siendo las conductas más frecuentes

en parejas con problemas de infertilidad bajo tratamiento de reproducción asistida (Ardenti, Campari, Agazzi, La Sala, 1999).

La presencia de tales factores psicológicos pueden a su vez conllevar a un deterioro en el funcionamiento biológico, individual y de pareja, afectando la satisfacción y ajuste marital (Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004). En este sentido, Pook, Krause y Röhrle (1999) afirman que el estrés puede causar cambios hormonales que afectan el sistema reproductivo tanto en el hombre como en la mujer.

Por otra parte, en referencia a la influencia de los factores psicológicos en la pareja, se ha descrito la infertilidad, en primer lugar, como una crisis vital, la cual se origina en múltiples factores y genera un gran desgaste psicológico en la pareja, dada su ciclicidad, la cual se caracteriza por la repetición de experimentar esperanza al inicio del ciclo y desesperanza cuando llega la menstruación cuando se obtiene un resultado negativo en la prueba de embarazo. En segundo lugar, impacta el elevado costo económico del tratamiento, el sometimiento a procesos quirúrgicos con el dolor físico que conllevan, invasión a la privacidad sexual de la pareja, disminución en la satisfacción y ajuste marital (Forman, 1997; Kerr, Brown y Balen, 1999; Miranda, Larrazabal y Labán, 1995; Fernández, 1995, 1998; Menning, 1998 citado por Palacios y Jadresic, 2001, Newton, 1999; Odrés, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1997; Remeter y Fiegl, 1998; Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004).

Respecto a la repercusión en el área sexual, se encuentran la pérdida del deseo sexual e incapacidad para alcanzar el orgasmo (Leader, 1984; Rosenfeld y Nitchell, 1979). Asimismo, la crisis de infertilidad altera la autoestima y la imagen corporal, conllevando a sentimientos de inferioridad, depresión y ansiedad, los cuales pueden repercutir negativamente en la sexualidad (Boivin et al., 2001). Además, la infertilidad puede causar problemas en la pareja, tanto en el ámbito afectivo como en la comunicación, e incluso en la afiliación (Leiblum, 1997 citado por Llavona y Mora, 2003).

Tal y como puede apreciarse, de acuerdo a las evidencias empíricas mencionadas, la infertilidad constituye una condición y/o estado complejo, en donde los factores biológicos, psicosociales se afectan y determinan mutuamente. De ahí la importancia de combinar estrategias de intervención que puedan responder a ambas dimensiones.

Cuando una pareja se encuentra ante el fracaso reiterado en su intento de tener un hijo, buscan asistencia médica frecuentemente con expectativas mayores a las esperadas según las probabilidades de éxito de las técnicas de reproducción asistida (Slade, Emery y Lieberman, 1997). No obstante, el asistir a las técnicas de reproducción asistida (TRA) no pone fin a su problema de forma inmediata, sino que comienza un espiral de diagnósticos e intervenciones médicas que pueden tener una duración entre 2 a 7 años, y que de antemano no les garantiza la obtención de su objetivo, considerando que en el mejor de los casos la probabilidad de conseguir tener un hijo vivo no será mayor del 50 % (Llavona y Mora, 2003).

Para exponer el camino que recorren estas parejas se seguirá lo planteado por Moreno (2000 citado por Llavona y Mora, 2003) quien lo sintetiza de la siguiente forma: En primer lugar, se establece el diagnóstico. Cada uno de los miembros de la pareja se somete a las distintas pruebas y/o procedimientos necesarios. Si el diagnóstico confirma la infertilidad, el médico les informa sobre las técnicas de reproducción asistida más adecuadas para el problema en particular. En segundo lugar, la pareja deberá tomar una decisión respecto a las alternativas propuestas.

En tercer lugar, si la pareja ha tomado la decisión de iniciar el tratamiento, se procede a la aplicación de la técnica. Independientemente de las técnicas que se apliquen, los tratamientos de infertilidad siguen las mismas fases (Moreno, 2000 citado por Llavona y Mora, 2003): Al comenzar el ciclo menstrual de la mujer, se le da un tratamiento farmacológico con la finalidad de estimular los ovarios y producir mayor cantidad de ovocitos en el ciclo, aumentando así la probabilidad de fecundación. Durante este período (de 10 a 13 días) la mujer debe acudir al centro de reproducción asistida para el monitoreo y control del desarrollo de los óvulos.

Transcurrido este tiempo, al estar los óvulos en condiciones óptimas, se pasa a la aplicación del procedimiento de reproducción asistida que proceda. En los 16 días siguientes aproximadamente se estará en una fase de espera del resultado. Posteriormente, se llevará a cabo una prueba de embarazo con la finalidad de conocer el resultado. Cuando el resultado es negativo se procede a establecer un período de descanso del organismo antes de intentar un nuevo ciclo del mismo tratamiento o proseguir con otro alternativo. Cuando un tratamiento no ha dado resultado, y tras el período de descanso, la pareja debe tomar la decisión de parar o continuar los tratamientos de reproducción asistida.

Las parejas que recorren en vano este largo y costoso tratamiento sucesivas ocasiones, pueden vivirlo como una auténtica carrera de obstáculos (Daniluk, 2001). Para algunas parejas, el desgaste que produce este proceso, sobre todo cuando se da un fracaso reiterado, es tan acentuado que no sólo experimentan fatiga, sino también miedo, baja autoestima, ansiedad, depresión, e incluso pensamientos de suicidio. Al mismo tiempo, se puede instaurar un sentimiento de pérdida de control sobre sus cuerpos y sobre sus vidas (Braveman, 1997 citado por Llavona y Mora, 2003).

Además, existen diversos estudios, tales como el realizado por Goldfarb et al. (1997 citado por Domar, 2004) que refieren la dificultad por parte de los pacientes de completar el tratamiento, encontrándose asociados en primer lugar al factor financiero, seguido por “estrés emocional”. Sin embargo, si bien el factor económico es importante, en países donde los costos de los tratamientos de reproducción asistida son cubiertos por el seguro, de acuerdo a un estudio realizado, la tasa acumulativa de abandono después de tres ciclos de tratamientos fue del 62,4% (Land, Courtar y Evers, 1997). De ahí que los recursos psicológicos cumplan un relevante papel en la consecución del proceso de tratamiento de la infertilidad.

De los 15 estudios encontrados en la literatura realizados alrededor del mundo en los últimos 10 años en donde se examinó la relación entre estrés y el resultado del tratamiento de FIV, 10 de ellos encontraron resultados estadísticamente significativos que confirman la teoría de que el estrés está asociado a bajas tasas de embarazos (Boivin, 2003; Greil, 1997).

Enfrentarse a un diagnóstico y a un tratamiento de esta naturaleza produce una sensación de incertidumbre y de falta de control que a menudo activan respuestas psicológicas diversas, las que dependerán en gran medida de los recursos psicológicos personales, la relación de pareja, la comunicación de ésta y con el personal médico, de la historia de la persona y de eventos situacionales que puedan agregar componentes estresantes a la situación en sí.

Por consiguiente, los TRA frecuentemente suelen encontrarse acompañados de una intervención psicológica. A este respecto, Domar (2004), señala la necesidad de tomar en cuenta el papel de los factores psicológicos asociados a los tratamientos de infertilidad dado que el estrés no sólo se asocia a bajas tasas de embarazo sino que aumenta la probabilidad de que las parejas abandonen dicho tratamiento.

En una revisión de las investigaciones realizadas en el área, Boivin (2003) halló efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el bienestar de las parejas bajo TRA, específicamente, reducción de conductas de ansiedad, como resultado de recibir información, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y relajación.

En este sentido, dada la importancia de factores psicológicos asociados a la infertilidad, son muchos los autores que afirman la necesidad de integrar Programas Psicológicos a los Tratamientos de Reproducción Asistida (Chiba et al., 1997; Hansell et al., 1998; Lukse et al., 1999; Lee et al., 2000; Yong et al., 2000; Kee et al., 2000; Matsubayashi et al., 2001; Hammarberg et al., 2001; Kains, 2001; Salakos et al., 2004; Smeenk y colaboradores, 2004).

Algunos estudios realizados (Domar et al., 2000; Dolz, 2002) han encontrado que en los Centros de Medicina Reproductiva que incluyen Programas de Intervención Psicológica (PIP) como parte integral del tratamiento en parejas con problemas de infertilidad, logran tasas de embarazos significativamente mayor y tasas de abandono al (TRA) menor en comparación a las parejas que reciben tratamiento médico rutinario. Específicamente en Venezuela, existen algunos TRA que incluyen PIP. Sin embargo, se desconoce una sistematización de dichos programas en términos de las estrategias de intervención brindadas.

De ahí la necesidad de elaborar un Programa de Intervención Psicológica (PIP) dirigido a parejas que asisten a TRA que contemple la complejidad del fenómeno de estudio, en donde convergen múltiples factores, tal y como fue mencionado anteriormente, lo cual requiere de una sistematización de sus contenidos y estrategias de intervención.

En línea a lo expuesto, la política que ha de seguir un programa intervención psicológica en parejas bajo TRA es el planteado por el modelo biopsicosocial considerando la salud y la enfermedad como procesos multifactoriales y multideterminados, donde aspectos conductuales, cognitivos, psicofisiológicos y psicológicos, tienen una gran importancia (Roales-Nieto, 2004).

Haciendo énfasis en el comportamiento del sujeto, Godoy (1998) señala la poderosa contribución de tres conjuntos de variables comportamentales como son las conductas de riesgo, las estrategias de afrontamiento del estrés y las respuestas al tratamiento médico o grado de cumplimiento del mismo. Además de los factores comportamentales, de acuerdo a la Psicología de la Salud, la intervención psicológica debe destacar la importancia en la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos.

En este sentido, la medicina conductual incorpora a los tratamientos médicos convencionales las estrategias cognitivos-conductuales comúnmente usadas en la terapia conductual, tales como, programas de entrenamiento en respiración y relajación, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de afrontamiento al estrés, el entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas y diferentes técnicas de autocontrol (Godoy, 1998).

Boivin et al. (2001a), recomiendan que la intervención psicológica debe ir dirigida considerando las necesidades psicosociales de los pacientes de forma que puedan afrontar el proceso de la infertilidad disminuyendo el impacto de ésta en sus vidas y planteándose como propósito de la intervención ayudar a los pacientes a alcanzar una mejor calidad de vida.

En este sentido, Godoy (1999) plantea los programas de intervención comportamental-educativa basados en el modelo de competencias, que de acuerdo a

Albee, 1982 y Costa y López, 1982 citado por Godoy), son estrategias de intervención destinadas a facilitar al individuo el aprendizaje de habilidades que le permitan disminuir el impacto de la enfermedad en sus vidas. Entre sus objetivos se encuentran (Godoy, 1999): el control de variables disposicionales o de riesgo: tales como, estrés, ansiedad, y depresión; la potenciación de recursos protectores o de resistencia: amor, optimismo, responsabilidad, entre otras; la generación de estilos de vida sanos: distribución del tiempo y disfrute del tiempo libre; aprendizaje de competencias y habilidades básicas, tales como, relajación, autocontrol, solución de problemas y/o toma de decisiones, comunicación, relaciones sociales y búsqueda de apoyo social.

En relación a la calidad de vida, Veenhoven (1994 citado por Fernández y García, 1999) plantea que ésta es resultado de la interacción entre el individuo y sus condiciones sociomateriales de existencia. Por lo tanto, se supone que es susceptible de ser modificado y mejorado. Entre las estrategias propuestas para aumentar la calidad de vida se encuentran los programas dirigidos a las personas con la finalidad de conseguir un desarrollo óptimo de la autoestima, de la autoeficacia y de los sentimientos de dominio y control de los individuos (adquisición de estrategias de afrontamiento, habilidades de solución de problemas, asertividad, adquisición de habilidades sociales, etc.) y los programas orientados al ambiente dirigidos a la modificación de los aspectos relacionados al ambiente social, por ejemplo, el fortalecimiento de las redes de apoyo. (Evans, s.f. citado por Fernández y García, 1999).

Entre los procedimientos para aumentar la calidad de vida se encuentran Argyle (1993 citado por Fernández et al., 1999; Evans, 1994 citado por Fernández et al., 1999 y Rommey y Fry, 1994 citado por Fernández et al., 1999): pensar en hechos agradables, aumentar las actividades agradables, tener una buena relación con los demás y contar con sistemas de apoyo adecuados. Por lo tanto, los programas dirigidos a fomentar la calidad de vida tratarían de potenciar tanto el desarrollo de la autoeficacia y la autoestima, como mejorar el nivel general de funcionamiento por medio del entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

En relación al afrontamiento, de acuerdo a Rodríguez (1986), el afrontamiento está relacionado con la adaptación a la situación de enfermedad y con la calidad de vida.

Se habla de afrontamiento siempre en relación con un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que le plantea su acontecer vital, y para restablecer el equilibrio perdido, esto es, para adaptarse a la nueva situación, consiguiendo el óptimo nivel posible de calidad de vida (Rodríguez, 1999).

El afrontamiento está asociado a la información que se tenga de la enfermedad (Rodríguez-Marín, 1999). En este sentido, Boivin et al., (2001b) afirman que el ofrecer información (en forma escrita o digital como manual de autoayuda) a los pacientes con problemas de infertilidad es uno de los principales objetivos de intervención psicológica en estos pacientes, ya que ofrece los siguientes beneficios: ser de fácil acceso para los pacientes permitiéndoles revisarlo las veces que lo necesiten y en cualquier momento, además poder ofrecerlo a sus amigos y/o familiares para facilitar la comprensión del proceso que ellos están pasando.

En este sentido, Kazdin (1996) plantea que los manuales de autoayuda se han aplicado con efectividad en el tratamiento de adultos con una cantidad de problemas (tales como depresión, habilidades sociales, ansiedad, y problemas de pareja) ya que tiene ventajas importantes, tales como la posibilidad de proporcionar tratamiento a varios individuos y la posibilidad de mejorar la calidad de vida de un cierto número de personas que de otra forma no buscarían o recibirían tratamiento. Asimismo, el autor afirma que dichos manuales requieren cierto contacto con un profesional que guíe a los usuarios en su empleo con el propósito de aumentar la efectividad de los mismos, planteamientos que se consideran en la elaboración del presente programa.

La promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad, en términos de reducir el impacto del mismo en el individuo, no sólo debe contar con el ofrecimiento de información, ya que como mencionan Amigo, Fernández y Pérez, (2003) este procedimiento es una condición necesaria más no suficiente para el cambio conductual dado que pueden facilitar la motivación al cambio pero no proporcionan las habilidades necesarias para alterar o mantener el cambio conductual. En este sentido, la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad deben ir más allá, ofreciendo programas que incluyan estrategias que aumenten la calidad de vida del paciente.

Las conductas dirigidas a disminuir el impacto de la enfermedad implica dirigir al paciente a un estilo de vida más saludable que disminuya el impacto de la enfermedad, no como resultado de prescripciones, tales como, “no se preocupe”, “relájese”, etc., sino en función de intervenciones sistemáticas y programas específicos que no sólo abarquen el “qué” se debe hacer para lograr conductas adaptativas que permitan un afrontamiento adecuado a la enfermedad sino que además proponga el “como” hacerlo y “cuando” realizarlo, facilitando de esta forma la consecución de una adaptación funcional adecuada.

Llavona y Mora (2003) plantean entre las intervenciones psicológicas en la infertilidad, las preventivo-educativas, los cuales suelen ofrecerse a través de manuales de información-asesoramiento en sesiones grupales cuyo contenido incluye explicaciones accesibles e ilustradas sobre el proceso reproductor, así como información de las causas de infertilidad, de las técnicas de reproducción asistida, probabilidades de éxito, riesgos y posibles estados emocionales productos del tratamiento. Unido a esto, se incluyen estrategias para prevenir el malestar psicológico o estrategias sobre cómo afrontar las diversas situaciones que genera la infertilidad (Guerra, 1998 citado por Llavona y Mora, 2003).

Luske and Vace (1999) plantean que la intervención psicológica en parejas con infertilidad, debería incluir, entre otros, información y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, información sobre los procedimientos médicos y entrenamiento en comunicación asertiva en las parejas. Respecto al entrenamiento en asertividad, Taylor (1995 citado por Savitz-Smith, 2003) afirma que podría ayudar a las parejas a conocer sobre sus necesidades y preguntarse qué quiere el uno del otro.

Considerando la salud de acuerdo a lo planteado por Roales-Nieto (2004) como el equilibrio entre tres factores: organismo, conducta y ambiente (físico y social), en donde diversas formas de interacción de los individuos con su contexto (externo e interno) se traducen en comportamientos preventivos o de riesgo para su salud (Roales-Nieto, 2004), diversos estudios realizados en el área de la infertilidad afirman que entre las conductas de riesgo asociadas (baja tasa de embarazo, déficit en la calidad de vida,

déficit en la adherencia al tratamiento) se encuentran la depresión, la ansiedad, la insatisfacción matrimonial y/o sexual y el estilo de afrontamiento evitativo.

Asimismo, los autores mencionados afirman que entre los factores protectores en el ajuste en el proceso de la infertilidad se encuentran el optimismo, la aceptación del problema de la infertilidad y la posibilidad de contar con apoyo social (Cohen y Wills, 1985, Aldwin, 1994 citado por Verhaak, Smeenk, Minnen, Kremer y Kraaimaat, 2005; Terry y Hynes, 1998 citado por Verhaak et al., 2005).

En este sentido, Amigo y Fernández (1998) consideran que la prevención consiste en aquellas intervenciones dirigidas a reducir o eliminar los comportamientos riesgosos para el desarrollo de alguna enfermedad, mientras que las intervenciones referidas a la promoción tienen como objetivo adquirir y mantener comportamientos saludables, y por consiguiente, mejorar la calidad de vida.

El propósito del presente programa se dirige, tal como se puede deducir de las referencias expuestas, a se orienta hacia la adquisición por parte de la pareja o de los participantes de conductas destinadas a la disminución del impacto de la infertilidad en sus vidas y a maximizar la calidad de vida en los mismos. Específicamente, hacia el control y/o modificación de las conductas de riesgo (depresión, ansiedad, comunicación inadecuada en la pareja) y/o hacia la maximización de conductas que optimicen la calidad de vida (autocontrol, responsabilidad, búsqueda de apoyo social, comunicación y asertividad, distribución y disfrute del tiempo).

Todo ello dirigido a reducir patógenos conductuales asociados al proceso de infertilidad e instaurar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales, en términos de Matarazzo, con la finalidad de disminuir el impacto de la infertilidad en la pareja potenciando a su vez, conductas dirigidas a mejorar la calidad de vida en los mismos mediante distintas estrategias de afrontamiento.

En este sentido, se asume una visión de intervención participativa en donde se transmite a los participantes la necesidad de su cooperación en la puesta en marcha del programa. De esta forma, según Díaz, Comeche y Vallejo (2002) se obtienen las ventajas derivadas de la percepción de control interno que los sujetos poseen con

respecto a las modificaciones que sufre su medio, las cuales han sido puestas de manifiesto por la psicología social y clínica.

En este marco, los programas de autocontrol se desarrollan con la finalidad de que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta, con la intención de que asuma progresivamente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal forma que sea capaz de ponerlo en marcha ante las situaciones que sea necesario, o de generalizar el uso de las técnicas en el afrontamiento de diferentes problemas (Díaz et al., 2002).

En el presente programa de asume el autocontrol, tal como es planteada por Díaz et al. (2002), como una habilidad entrenable que conforma un continuo, a lo largo del cual se sitúa cualquier persona, en donde su manifestación es el resultado del conocimiento que el sujeto tiene acerca de las relaciones funcionales que controlan su comportamiento, en donde un aumento de dicho conocimiento llevaría a un incremento del autocontrol. Asimismo, se considera lo planteado por Kazdin (1996), como procedimientos de autocontrol aquellos en donde el paciente y/o cliente juega un papel activo y en ocasiones es la única en la administración del tratamiento.

El presente programa está dirigido a participantes en edades comprendidas entre los 25-45 años de edad, de nivel socio cultural técnico-universitario, nivel socio-económico medio a alto, de estado civil casado, con abortos previos entre 0 a 2, bajo TRA con una duración menor a los 2 años que asisten a Centros de Reproducción Asistida reconocidos por la Asociación Latinoamericana de Infertilidad. El programa va dirigido tanto a mujeres y hombres solos como a parejas, aunque se recomienda que en la última sesión asistan los dos miembros de la pareja.

II. OBJETIVOS GENERALES

1. Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a disminuir y/o controlar las conductas de riesgo asociadas a la infertilidad.
2. Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a maximizar conductas saludables y/o protectoras asociadas a la infertilidad.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los participantes adquieran información acerca de algunos aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad.
2. Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a controlar y/o disminuir conductas de depresión.
3. Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad.
4. Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a incrementar conductas de comunicación asertiva.

IV. ACTIVIDADES

En dirección a lo propuesto, el presente Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (PIP-AI) se dividirá en cuatro Módulos: Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI), Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD), Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA) y Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA). En las próximas secciones del programa se presentaran cada uno de ellos de forma detallada (Para facilitar el proceso de evaluación, el Programa de Intervención Psicológica se ha dividido de acuerdo a cada uno de los Módulos incluidos por separados en cada uno de los sobres entregados).

Es importante destacar que ante la presentación de cada una de las técnicas y de las instrucciones generales para su ejecución, se destacará en qué consisten las técnicas y los objetivos y/o beneficios de llevarlo a cabo con la finalidad de facilitar la adquisición y/o mantenimiento de dichas conductas. Asimismo, con el objetivo de facilitar no sólo la generalización de las conductas aprendidas sino también para facilitar el mantenimiento de la conducta generalizada, se instará a los participantes a ejercitar las estrategias fuera del ámbito clínico, denominados bajo el nombre de Tareas para la Casa (Cuaderno de Actividades), las cuales serán monitoreadas y revisadas por el psicólogo encargado de forma virtual a través de una página web diseñada para ello.

V. PROCEDIMIENTO Y TIEMPO

1. Aplicación del Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI). Tiempo aproximado: 3 horas y 20 minutos aproximadamente, incluyendo un refrigerio de 20 minutos a la mitad de la sesión.
2. Aplicación del Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD). Tiempo aproximado: 3 horas aproximadamente, incluyendo un refrigerio de 20 minutos a la mitad de la sesión.
3. Monitoreo y/o seguimiento de forma virtual respecto a las actividades y/o tareas para la casa pertenecientes al Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD). Tiempo aproximado: Durante los seis días luego de la aplicación del Módulo II.
4. Aplicación del Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA). Tiempo aproximado: 3 horas aproximadamente, incluyendo un refrigerio de 20 minutos a la mitad de la sesión.
5. Monitoreo y/o seguimiento de forma virtual respecto a las actividades y/o tareas para la casa contenidas en el Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA). Tiempo aproximado: Durante los seis días luego de la aplicación del Módulo III.
6. Aplicación del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA). Tiempo aproximado: 3 horas aproximadamente, incluyendo un refrigerio de 20 minutos a la mitad de la sesión.
7. Monitoreo y/o seguimiento de forma virtual respecto a las actividades y/o tareas para la casa contenidas en el Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA). Tiempo aproximado: Durante los seis días luego de la aplicación del Módulo IV.

VI. RECURSOS GENERALES

A) MATERIALES

- 1 Computadora portátil.
- 1 Video-Beam.

-
- Cuestionarios AB-I (número ajustado al número de participantes).
 - Lápices con goma de borrar (número ajustado al número de participantes).
 - Creyones de color rojo y azul (Número ajustado al número de participantes).
 - Manuales: Aspectos Básicos de la Infertilidad (ABI); Afrontando la Depresión (AD): (Manual del Participante y Cuaderno de Actividades); Afrontando la Ansiedad (AA): (Manual del Participante y Cuaderno de Actividades); y Comunicación Asertiva (CA): (Manual del Participante y Cuaderno de Actividades). (Número ajustado al número de participantes).
 - Hojas con formato para la actividad “Sígale la pista a su estado de ánimo”. (Número ajustado al número de participantes).
 - Hojas con el formato para la actividad: “Aumente las actividades agradables”. (Número ajustado al número de participantes).
 - Hojas con el formato para la actividad: “Definiendo objetivos”. (Número ajustado al número de participantes).
 - Hojas con el formato para la actividad: “Pensamientos y Sentimientos”. (Número ajustado al número de participantes).
 - Hojas con el formato para la actividad: “Usando el Método A-B-C-D-E”.
 - Hojas con formato para la actividad “Entendiendo la Ansiedad” (Número ajustado al número de participantes).
 - Hojas con el formato para las actividades: “¡A Relajarse!”: Tablas de Registro: Respiración Natural Completa, Estiramiento Tipo Yoga y Meditación. (Número ajustado al número de participantes).
 - Hojas con el formato para la actividad: “Dígale ¡stop! a los pensamientos negativos”. (Número ajustado al número de participantes).
 - Hojas con el formato para la actividad: “Pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”. (Número ajustado al número de participantes).

- Hojas con el formato para la actividad: “Evalúe la comunicación con su pareja” (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Expresando sentimientos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Solucionando problemas”. (Número ajustado al número de participantes).

B) HUMANOS

- Psicólogo(s).
- Médico especialista en Técnicas de Reproducción Asistida (En la primera sesión).

VII. TIEMPO GLOBAL

El programa se impartirá en 4 sesiones, un día a la semana, durante 4 semanas consecutivas. La aplicación de cada uno de los Módulos: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI), Afrontando la Depresión (MII-AD), Afrontando la Ansiedad (MIII-AA) y Comunicación Asertiva (MIV-CA) tendrán una duración de tres horas aproximadamente cada uno.

VIII. EVALUACIÓN GLOBAL

- Pauta de Cumplimiento I: Cuando el 80% de los participantes logre puntuaciones más altas en el postest en comparación al pretest.
- Pauta de Cumplimiento II: Cuando se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación descrito en el Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD).
- Pauta de Cumplimiento III: Cuando se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación descritos en el Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA).
- Pauta de Cumplimiento IV: Cuando se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA).
- Pauta de Cumplimiento Final: Que por lo menos se cumplan tres de los criterios de evaluación descritos.

Referencias Bibliográficas.

- Arias, I. y House, A. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los problemas de pareja. En Caballo, V. (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1). Madrid: Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science y Medicine* 57: 2325-2341.
- Berghuis, J. y Stanton, A. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in fertile couples over an insemination. *Journal of Consulting Clinical Psychological* 70: 433-438.
- Capafóns, J. y Sosa, D. (1998). Un programa estructurado para el tratamiento de los problemas de pareja. En Caballo, V. (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1). Madrid: Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Costa, M. y Serrat, M. (2001). *Terapia de parejas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Daniluk, J. (1991). Strategies for counseling infertile couples. *Journal of Counseling y Development* 69 (1): 317-320.
- Demyttenaere, K.; Nijs, P.; Evers-Kiebooms, G. y Koninckx, P. (1992). The influence of personality characteristic and stress responses on the outcome of in vitro fertilization. *Psychoneuroendocrinology* 17 (5): 655-665.
- Dolz, P. y García, A. (2002). Incidencia positiva de los programas de apoyo psicológico en los tratamientos de reproducción asistida. [Documento en línea]. Disponible en: psicomed.es@telefonica.net
- Domar, A.; Broobe, A. y Zuttermeister, P. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile couple. *Fertility and Sterility* 58 (9): 1158-1163.
- Domar, A.; Clapp, D.; Slawsby, E.; Kessel, B. y Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress infertility women. *Health Psychology*, 19 (4): 568-575.

- Domar, A.; Seibel, M. y Benson, H. (1990). The mind/body program for infertility: A new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 58 (1): 144-147.
- Domar, A. y Lesch, K. (2004). *Conquering Infertility. Dr. Alice Domar's Mind/body guide to enhancing fertility and coping with infertility*. New York: Penguin Group.
- Facchinetti, F.; Matteo, M.; Artini, G.; Volpe, A. y Genazzani, A. (1997). An increased vulnerability to stress is associated with poor outcome of in vitro fertilization embryo transfer treatment. *Fertility and Sterility* 67 (3): 309-314.
- Facchinetti, F.; Tarabusi, M. y Volpe, A. (2004). Cognitive-behavioral treatment decreases vascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology* 29: 162-173.
- Fava, G.; Bartolucci, G.; Rafanelli, C.; Manganelli, L. (2001). Cognitive-behavioral management of patients with bipolar disorder who relapsed while on lithium prophylaxis. *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (4): 556-559.
- Feliu, M. y Güell, M. (1992). *Relación de pareja. Técnicas para la convivencia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. En Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. (pp. 21-47). Madrid: Síntesis Psicología.
- Fekkes, M.; Buitendijk, S.; Verrips, G.; Braat, D.; Brewaeys, A.; Dolfing, J.; Kortman, M.; Leerentveld, R. y Macklon, N. (2003). Health-related quality of live in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction* 18 (7): 1536-1546.
- Freeman, A. y Ester, C. (2002). Terapia Cognitiva de la depresión. En Caballo, V. (ed). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (vol. 1, pp. 543-574). (2ª Ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

- Fritzen, S. (1993). *Ejercicios Prácticos de Dinámica de Grupo* (Cuña, V. Traductor). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes Ltda. (Trabajo original publicado en 1981).
- Gallinelli, A.; Roncaglia, R.; Matteo, M.; Ciaccio, I.; Volpe, A. y Facchinetti, F. (2001). Immunological changes and stress are associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization embryo transfer. *Fertility and Sterility* 76 (1): 85-91.
- Guevara, M. (1995). *Gerencia de Servicios Psicológicos. Una estrategia para la formulación de programas*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.
- Greil, A.; Leitko, T. y Porter, K. (1988). Infertility: his and hers. *Gender and Society* 2 (1): 172-199.
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45 (11): 1679-1704.
- Guerra, D. (2002). *Cómo afrontar la Infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Guerra, D.; Llobera, A.; Veiga, A. y Barri, P. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13 (6): 1733-1736.
- Hunt, J. y Monach, J. (1997). Beyond the bereavement model: the significance of depresión for infertility counselling. *Human Reproduction*, 2 (2), 188-194.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Myers, L. y Wark, L. (1996). Psychotherapy for infertility: a cognitive-behavioral approach for couples. *The American Journal of Family Therapy* 24 (1): 9-20.
- Laffont, I. y Edelman, R. (1994). Perceived support and counselling needs in relation to in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecological* 15: 183-188.
- Lalos, A.; Lalos, O.; Jacobson, L y Von Schoultz, B. (1985). The Psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta Obstetric et Ginecológica Scandinavica* 64 (5): 599-604.

- Lazarus, R. Y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Lemmens, G.; Vervaeke, M.; Enzlin, P.; Bakelants, E.; Vanderschueren, D.; Hooghe, T. y Demyttenaere, K. (2004). Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction* 19 (8):1917-1923.
- Lentner, E. y Glazer, G. (1991). Infertile couples perceptions of infertility support-group participation. *Health Care Women International* 12: 317-330.
- Liberman, R., Wheeler, E., De Visser, L., Kuehnel, J. y Kuehnel, T. (1987). Manual de Terapia de Pareja. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Lewinsohn, P., Gotlib, I. y Hautzinger. (2002). Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. En Caballo, V. (ed). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (vol. 1, pp. 493-541). (2ª Ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Llavona, L. y Mora, R. (2003). Atención psicológica a las parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En Ortigosa, J., Quiles, M. y Xavier, F (Eds.). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. (pp. 287-304). Madrid: Ediciones Pirámide.
- McNaughton-Cassioll, M.; Bostiwick, M.; Vanscoy, S.; Arthur, N.; Hickman, T.; Neal, G. (2000). Development of brief stress management support groups for couples in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility* 74 (1): 87-93.
- Moreno, C (s.f.). Ansiedad y Depresión: Principales Trastornos Asociados a la Infertilidad. Recuperado el 10 de Agosto de 2004, de http://psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_f.htm.
- Palacios, E. y Jadresic, E. (2000). *Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. [Revista en Línea] 38 (2). Consultado el 13 de Agosto de 2004 en: <http://www.scielo.cl>
- Palacios, E.; Jadresic, E.; Palacios, F.; Miranda, C. y Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su

- tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. [Revista en Línea] 67 (1). Consultado el 13 de Agosto de 2004 en: <http://www.scielo.cl>
- Pasch, L.; Dunkel-Schetter, C. y Christensen, A. (2002). Differences between husbands and wives approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility* 77: 1241-1247.
- Pérez, E (2002). *Atención Integral de La Infertilidad: Endocrinología, cirugía y reproducción asistida*. México: Mc Graw Hill- Interamericana.
- Peterson, B.; Newton, C.; Rosen, K. y Schulman, R. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*. 55: 227-239.
- Rehm, L. (1998). Métodos de Autocontrol. En Caballo, V. (ed). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp. 655-683). (4ª ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Sandelowski, M. (1987). The color gray: ambiguity and infertility. *Image Journal of Nursing Scholarship* 19: 70-74.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck [Versión electrónica], *Anales de Psicología*, 9 (2), 133-170.
- Schmidt, L.; Holstein, B.; Boivin, J.; Tjornhoj-Thomsen, T.; Blaabjerg, J.; Hald, F. y Andersen, A. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: Findings from the Copenhagen Multi-Centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction* 18: 2638-2646.
- Schmidt, L.; Holstein, B.; Christensen, U. y Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling* 59: 244-251.
- Schmidt, L.; Tjornhoj-Thomsen, T.; Boivin, J. y Andersen, A. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling* 59: 252-262.
- Sierra, J., Buéla-Casal, A. y Sánchez, A. (2004). Evaluación y tratamiento de los problemas de pareja. En Buéla-Casal, G., y Sierra, J. (Eds.). *Manual de*

Evaluación de evaluación y tratamientos psicológicos. Madrid: Editorial
Biblioteca Nueva, S. L.

Stanton, A. (1992). Downward comparison in infertile couples. *Basic Applied Social Psychological* 13: 389- 403.

Valentine, D. (1986). Psychological impact of infertility: identifying issues and needs. *Social Work in Health Care* 11 (1): 61-69.

Whiteford, L. y Gonzalez, L. (1995). Stigma: the hidden burden of infertility. *Social Science y Medicine* 40 (1): 27-36.

ANEXO 2. SUBPROGRAMA MÓDULO I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFERTILIDAD (MI-ABI)

MÓDULO I: ASPECTOS BÁSICOS ASOCIADOS A LA INFERTILIDAD

I. INTRODUCCIÓN

La infertilidad es considerada un problema de salud reproductiva cuyo diagnóstico y tratamiento comprende aspectos biológicos y psicológicos. Las tasas de incidencia de la misma, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2006), se estiman alrededor del 8% y el 10% de las parejas a nivel mundial. Según el género, la infertilidad se asocia en un 40% de los casos con el sexo femenino, en un 40% al sexo masculino y asociado a ambos miembros de la pareja en un 20%.

De acuerdo a Rodríguez-Marín (1999), el afrontamiento ante la enfermedad está asociado a la información que se tenga de la misma. En este sentido, Amigo, Vázquez y Pérez (2003) afirman que generalmente los médicos aportan menos información de la necesaria y que los pacientes, en muchas ocasiones, comprenden de forma insuficiente o errónea la información que reciben. De acuerdo a Godoy, Sánchez y Muela, 1994; Pérez y Martínez, 1984 citados por Amigo et al., 2003) se ha comprobado que, como promedio, los pacientes sólo son capaces de recordar, incluso minutos luego de la cita médica, el 50% de la información que reciben; además, más del 80% de los pacientes desea más información de la que dispone y están insatisfechos con la recibida.

Así, ofrecer información es uno de los principales objetivos de intervención psicológica en estos pacientes. Esta información debe relacionarse a las dimensiones biológicas y psicosociales de la infertilidad que faciliten la comprensión de los pacientes de su problema de infertilidad. Respecto a los aspectos biológicos, brindar información acerca del funcionamiento del aparato reproductor, de las causas de la infertilidad y de los tratamientos de la infertilidad con sus probabilidades de éxito asociada con la finalidad de romper con la idealización de los resultados de las técnicas de reproducción asistida (Boivin et al., 2001b).

En relación a los aspectos psicosociales, informar a los pacientes acerca de las conductas más comunes al proceso de infertilidad (ansiedad, depresión, rabia, culpa, aislamiento,

entre otros), información del posible impacto de la infertilidad en el área sexual y social de la pareja, así como información acerca de estrategias para afrontarlos (Boivin et al., 2001b).

Por lo mencionado anteriormente, se ha diseñado el presente Módulo con la finalidad de ofrecer una información general sobre los aspectos biológicos y psicológicos asociados a la infertilidad.

II. OBJETIVO GENERAL

- Que los participantes adquieran información acerca de los aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los participantes identifiquen algunas partes de la anatomía y procesos básicos de la fisiología del aparato reproductor humano.
2. Que los participantes identifiquen conceptos asociados a la infertilidad y las posibles causas de la misma.
3. Que los participantes distingan las distintas técnicas de reproducción asistida, probabilidad de éxito asociada y efectos secundarios.
4. Que los participantes identifiquen las conductas más frecuentes ante la infertilidad.
5. Que los participantes señalen el papel del psicólogo en la infertilidad.
6. Que los participantes identifiquen las distintas alternativas para construir una familia.

IV. ACTIVIDADES

El módulo constará de una sesión de 3 horas y 30 minutos aproximadamente con un intermedio de 20 minutos dedicado a un refrigerio. Dicho módulo se basará en exposiciones orales con ayuda del video-beam por parte de los profesionales encargados (psicólogos y/o médicos especialistas en técnicas de reproducción asistida). Los participantes tendrán la oportunidad de plantear dudas e inquietudes respecto a la información brindada durante el módulo. Además, se aplicará una prueba antes (línea base) y después de presentada la exposición con la finalidad de medir el nivel de

información en los participantes, comparando el nivel obtenido en los distintos momentos como patrón de rendimiento para evaluar el logro de los objetivos.

V. PROCEDIMIENTO Y TIEMPO

1. Presentación del psicólogo y del médico especialista. Saludo de bienvenida a los participantes. Tiempo aproximado: 5 minutos.
2. Presentación de los participantes. Dinámica de Grupo de Presentación⁷. Tiempo estimado: 20 minutos.
3. Expectativas de los participantes sobre el programa de afrontamiento a la infertilidad. Tiempo aproximado: 10 minutos.
4. Presentación del Módulo y de los objetivos del mismo. Tiempo estimado: 10 minutos.
5. Entrega a cada uno de los participantes del Cuestionario Aspectos Básicos de la Infertilidad (AB-I). Tiempo estimado: 5 minutos.
6. Elaboración por parte de cada uno de los participantes del Cuestionario AB-I. Tiempo estimado: 15 minutos.
7. Recolección de los cuestionarios AB-I. Tiempo estimado: 5 minutos.
8. Presentación oral con ayuda del video-beam por parte del médico especialista y/o psicólogo acerca de los aspectos biológicos asociados a la infertilidad. Tiempo estimado: 20 minutos.
9. Preguntas (por parte de los participantes) y respuestas (por parte del expositor) respecto a la información de los aspectos biológicos asociados a la infertilidad. Tiempo estimado: 10 minutos.
10. Refrigerio: Un espacio de tiempo en donde se brinda un pequeño refrigerio dirigido a ofrecer descanso y esparcimiento a los participantes, en donde, podrán además aprovechar para conversar entre ellos. Tiempo estimado: 20 minutos.

⁷ Tornado de Fritzen, S. (1993). *Ejercicios Prácticos de Dinámica de Grupo* (Cuña, V. Traductor). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes Ltda. (Trabajo original publicado en 1981).

11. Presentación oral con ayuda del video-beam por parte del psicólogo acerca de los aspectos psicológicos asociados a la infertilidad. Tiempo estimado: 20 minutos.
12. Preguntas (por parte de los participantes) y respuestas (por parte del Psicólogo) respecto a la información de los aspectos psicológicos asociados a la infertilidad. Tiempo estimado: 10 minutos.
13. Entrega a cada uno de los participantes del Cuestionario Aspectos Básicos de la Infertilidad (AB-I). Tiempo estimado: 5 minutos.
14. Elaboración por parte de cada uno de los participantes del Cuestionario AB-I. Tiempo estimado: 15 minutos.
15. Recolección de los cuestionarios AB-I. Tiempo estimado: 5 minutos.
16. Entrega de los Manuales Aspectos Básicos de la infertilidad (M-ABI): Manual del Participante y Cuaderno de Actividades. Tiempo estimado: 5 minutos.
17. Presentación de la tarea para la casa (revisar el manual y anotar las dudas y/o inquietudes para plantearlas en la siguiente sesión) y la importancia de su realización. Tiempo estimado: 10 minutos.
18. Ofrecer información preliminar acerca de la próxima sesión y de la importancia de la asistencia al mismo. Tiempo estimado: 10 minutos.
19. Agradecimiento por parte del psicólogo dirigido hacia el médico especialista y a los participantes por su colaboración y asistencia. Tiempo estimado: 5 minutos.

VI. RECURSOS

A) MATERIALES

- 1 Computadora portátil.
- 1 Video-Beam.
- Cuestionarios AB-I (número ajustado al número de participantes).
- Lápices con goma de borrar (número ajustado al número de participantes).
- Manuales: Aspectos Básicos de la Infertilidad (M-ABI): Manual del Participante y Cuaderno de Actividades (número ajustado al número de participantes).

B) HUMANOS

- Psicólogo(s).
- Médico especialista en Técnicas de Reproducción Asistida.

VII. TIEMPO TOTAL

El módulo constará en una sesión de 3 horas y 20 minutos aproximadamente.

VIII. EVALUACIÓN

- Pauta de Cumplimiento: Cuando el 80% de los participantes logre puntuaciones más altas en el postest en comparación al pretest.

ANEXO 3: SUBPROGRAMA MÓDULO II: AFRONTANDO LA DEPRESIÓN (MII-AD).

MÓDULO II: AFRONTANDO LA DEPRESIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La infertilidad y su tratamiento tienen un impacto considerable en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Fekkes et al., 2003). Varios investigadores indican que la infertilidad es la experiencia más devastadora en la vida de las parejas (Freeman, Boxer, Rickels, Tureck, Mastroiani, 1985; Mahlstedt, Macduff y Bernstein, 1987 citados por Fekkes et al., 2003).

Estudios controlados afirman que la incidencia de la depresión en parejas con infertilidad es significativamente mayor que en el promedio de la población general (Wright, Bissonnette, Duchsne, 1991 citados por Hunt y Monach, 1997; Merari, Feldberg, Elizur, 1992 citados por Hunt y Monach, 1997; Hynes, Callan, Terry y Gallois, 1992 citados por Hunt et al., 1997; Domar, Broobe, Zuttermeister, 1992). Asimismo, evidencias recientes plantean que los niveles de depresión en parejas con problemas de infertilidad son similares a pacientes con enfermedades físicas crónicas tales como el cáncer (Domar, Zuttermeister y Freidman, 1993 citados por Hunt et al., 1997).

Diversos estudios en el área de la infertilidad afirman que tanto mujeres (en mayor porcentaje) como hombres reportan haber experimentado depresión durante el tratamiento de la infertilidad (Mahlstedt, MacDuff y Bernstein, 1987; citados por Greil, 1997). Entre las conductas asociadas se encuentran ira, culpa, frustración, tristeza, desesperanza (Klerk et al., 2005 citados por Greil, 1997), sensación de pérdida de control, percepción de la infertilidad como foco central de la identidad, sensación de incompetencia, ambigüedad, sentimientos de alienación del “mundo fértil”, inmersión en el tratamiento abandonando otras actividades importantes de la cotidianidad y sensación de estigmatización social (Miall, 1985 citados por Greil, 1997; Lalos, Jacobson y Von Schoult, 1985; Woollet, 1985; Miall, 1986 citado por Greil, 1997; Valentine, 1986; Sandelowski, 1987; Mahlstedt, MacDuff, Bernstein, 1987 citados por Greil, 1997; Olshansky, 1987 citado por Greil, 1997; Greil, Leitko y Porter, 1988; Sandelowski,

Holditch y Harris, 1990 citados por Greil, 1997; Sandelowski, 1993 citado por Greil, 1997; Greil, 1991 citado por Greil, 1997; Becker, 1994 citado por Greil, 1997; Whiteford y González, 1995; Greil, 1997).

De acuerdo a Pérez (2002), la depresión es una de las conductas más frecuentes en parejas con problemas de infertilidad, en donde se estima que 1 de cada 6 personas experimente conductas de depresión durante el proceso de la infertilidad. La infertilidad puede conllevar a conductas de depresión dado el significado implícito de la misma: Pérdida de la salud debido al déficit de la capacidad reproductiva, pérdida de un sueño, pérdida de control sobre la natalidad, deterioro de la relación con amigos y/o familiares fértiles, pérdida del entusiasmo por actividades que antes les resultaba agradable y pérdida de la seguridad, ya que al ser un tratamiento prolongado, las prioridades previas de la pareja pasan a segundo plano, entre ellas, las laborales, repercutiendo en el área económica.

Por otro lado, la calidad de la relación conyugal también puede deteriorarse al culpabilizarse mutuamente. Esto aunado a la pérdida de privacidad de un evento considerado íntimo, el acto sexual, podría ser otro factor de riesgo para la calidad de la relación (Pérez, 2002).

Por lo mencionado anteriormente, existen muchos factores de riesgo asociados a la conducta de depresión en el proceso de la infertilidad, por lo que resulta fundamental su afrontamiento, esto por medio de la adquisición de habilidades o estrategias que le permitan a la pareja modificar las conductas de depresión. Esto bajo una perspectiva psicoeducativa de información y práctica de conductas que les permita a los participantes desarrollar un rango de estrategias de afrontamiento para las exigencias implícitas en el proceso de infertilidad desde un enfoque cognitivo-conductual de colaboración con el propósito de facilitar una sensación de eficacia y contrarrestar las atribuciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, en línea a lo planteado por Freeman y Ester (2002), basado en la teoría cognitiva de la depresión de Beck y Ellis, en la teoría de autocontrol de la depresión de Rehm y el modelo multifactorial de Lewinsohn.

Desde la perspectiva cognitiva de la depresión se asume el Modelo de Diátesis-Estrés (Freeman y Ester, 2002), el cual afirma que los acontecimientos de la vida, los

pensamientos, las conductas y los estados de ánimo se retroalimentan recíprocamente en un complejo proceso de procesamiento de información y de regulación conductual. En este sentido, de acuerdo a Beck, Rush, Shaw y Emery (1979 citado por Sanz, 1993), las personas deprimidas tienden a procesar la información de forma distorsionada que implican una pérdida (p.ej., pérdida de la salud reproductiva) o deprivación (p.ej., ausencia de un embarazo) valorando excesivamente esos sucesos negativos, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, mostrando así lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: visión negativa del yo, del mundo y del futuro.

Hunt y Monach (1997) mencionan, a modo de ejemplo, algunos errores en el pensamiento reportados por parejas con problemas con infertilidad: la sobregeneralización (“si yo no puedo ser madre de un hijo no seré una mujer completa”), la abstracción selectiva (“yo no puedo tener una relación sexual apropiada porque mi espermograma es irregular”), magnificación y/o minimización (“mi esposa no puede disfrutar el sexo conmigo si yo no soy fértil”; “mi esposo me dice que me ama porque siente lástima por mi”), personalización (“el doctor dice que ella no está ovulando, tal vez, sea por mis problemas en el esperma”), inferencia arbitraria (“si yo hubiera tenido pocas relaciones sexuales en el pasado yo sería una persona fértil”).

De igual forma, se presentan errores en el pensamiento relacionados a la sociedad en que vivimos en donde se espera que una vez reunidos en parejas es un “deber” tener hijos, se dogmatiza la fertilidad, por lo que pueden presentarse pensamientos tales como, “debo ser una madre, sino no seré realmente una mujer”, “debo ser madre para ser amada y aceptada por todos”, “si yo no puedo tener un hijo no seré valorado(a) como persona”, “tengo que ser padre para demostrar mi hombría” (Hont et al., 1997).

A este respecto, Domar y Lesch (2002) plantean la existencia de pensamientos erróneos disfuncionales, tales como, “yo nunca tendré un bebé”, “No puedo quedar embarazada porque Dios cree que seré una mala madre”, “todo esto es mi culpa, por eso no podemos tener un hijo”, los cuales, según las autoras pueden influir negativamente en las emociones influyendo a su vez en la salud física por lo que es necesario una reestructuración cognitiva con la finalidad de interrumpir este ciclo.

En este sentido, varios investigadores (Domar, Siebel y Benson, 1990; Domar et al., 2000; Guerra, 2000; McNaughton-Cassil et al., 2000; Dolz y García, 2002; Domar et

al., 2002; Fekkes et al., 2003) plantean la necesidad de aplicar técnicas de reestructuración cognitiva con la finalidad de modificar estos pensamientos, considerando la retroalimentación existente entre el afecto, la conducta observable y los pensamientos.

Así, en el presente programa, en primera instancia, se ofrecerá información respecto a las conductas y/o síntomas más frecuentes asociada a la depresión y se realizará un ejercicio con la finalidad de que los participantes experimenten (prueba de realidad) la relación existente entre la conducta y el estado de ánimo. En este sentido, Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (2002) plantean la importancia de que los pacientes comprendan esta relación, ya que cuando están deprimidos suelen concentrarse en los eventos negativos de la vida y obviar a los positivos, por lo que este ejercicio facilitará la atención hacia los eventos positivos y permitirá observar la relación existente entre los eventos positivos y el estado de ánimo.

Asimismo, se impartirán técnicas destinadas a que los participantes consideren los pensamientos valorativos como hipotéticas y por lo tanto sujetas a comprobación, generen pensamientos alternativos más adaptativos, precisos o útiles y emplearlos como base para la acción, empleando la técnica Racional Emotiva de Ellis.

Desde el Modelo de Autocontrol de la depresión, se propone el modelo de Kanfer (1977) propuesto por Remh (2002). De acuerdo a este modelo, la conducta de las personas deprimidas o vulnerables a la depresión se caracteriza por alguna alteración asociada a la combinación en las conductas de autocontrol (autoobservación, autoevaluación y autorecompensa). Así, de acuerdo a Remh (2002), en la autoobservación, las personas deprimidas atienden selectivamente los acontecimientos negativos y a las consecuencias inmediatas a su conducta y, tienen dificultad para centrarse en la gratificación demorada de una conducta que requiere de más esfuerzo. En este sentido, se seleccionan técnicas y/o estrategias destinadas a la observación, tales como el registro de actividades y estado de ánimo.

En segundo lugar, según Remh (2002), en la autoevaluación las personas deprimidas tienden a establecer patrones perfeccionistas representados muchas veces por objetivos del “todo o nada” (la conducta es perfecta o es un fracaso) y realizar atribuciones internas, estables y globales en el caso de acontecimientos negativos y

atribuciones externas, inestables y específicas en el caso de los eventos positivos. En este sentido, se seleccionan técnicas y/o estrategias destinadas a la autoevaluación, tales como, definición de objetivos y la valoración posterior de su consecución.

En tercer lugar, en la autorecompensa las personas deprimidas se administran recompensas contingentes insuficientes necesarias para mantener sus conductas adaptativas, lo cual explica, en parte, las bajas tasas de conducta manifiesta, el bajo nivel de actividad general y el déficit en la persistencia. Además, se administran un autocastigo excesivo, lo que suprime la potencial conducta productiva al principio de una cadena de respuestas, produciéndose como consecuencia una inhibición excesiva (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 2002). En este sentido, se seleccionan técnicas y/o estrategias destinadas a la autorecompensa, tales como identificación de recompensas y programación de las mismas.

Empleando este modelo se desarrolla en el programa estrategias de autocontrol⁸ destinadas a enseñar a los participantes a controlar y/o modificar su propia conducta con el propósito de atender acontecimientos positivos de la vida (observación de la relación entre conducta y estado de ánimo, aumento de las actividades agradables) y prever metas a largo plazo, a establecer objetivos realistas y a promocionar las autorecompensas. Asimismo, se promoverá la realización de tareas para la casa con la finalidad de generar el cambio en las situaciones naturales de la persona, además de ofrecer información respecto a los principios básicos de la conducta.

Desde el modelo integral de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985 citado por Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 2002) se asume que la depresión es el producto de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones, considerando los factores situacionales como “desencadenantes” y los factores cognitivos como “moderadores” de los efectos del ambiente.

Empleando este modelo se emplearán en el presente programa técnicas y/o estrategias destinadas a cambiar la calidad y cantidad de las interacciones de los participantes con sus entornos, impartiendo tácticas cognitivas y conductuales que les permitan controlar y reducir la intensidad y la frecuencia de los acontecimientos aversivos y a aumentar su tasa de implicación en actividades positivas de la vida, tales

⁸ Se consideran estrategias de autocontrol, lo planteado por Kazdin (1996), en tanto se refieren a principalmente aquellas estrategias en las cuales los participantes juegan un papel activo y en ocasiones son las que se autoadministran el tratamiento.

como, registro de estado de ánimo y actividades, aumento de la frecuencia de las actividades agradables, programación del tiempo, desarrollo de objetivos específicos, elaboración de un sistema de autorecompensas y reestructuración cognitiva⁹.

De esta forma *se asume los tres modelos considerados por el presente programa de una forma integral y no desde una perspectiva mutuamente excluyente* con el propósito de ofrecer estrategias de afrontamiento necesarios para modificar y/o controlar las conductas de depresión en los participantes. Asimismo, considerando que las conductas de depresión se encuentran funcionalmente relacionadas se puede prever que las distintas técnicas y/o estrategias a aplicar modifiquen los distintos parámetros asociados a las mismas tomando en cuenta la interrelación de los tres sistemas de respuesta asociado a la depresión (fisiológico, cognitivo y conductual).

Como se podrá observar es una intervención psicoeducativa dirigida a la adquisición y/o potenciación de repertorios de conducta de autocontrol divididas en tres fases: fase de información, fase de entrenamiento impartidas durante el Taller y la fase de aplicación realizadas fuera del ámbito clínico. Por último, considerando la posibilidad de la recurrencia de las conductas de depresión, se ofrecerán ciertos lineamientos a seguir para prevenir las recaídas.

II. OBJETIVO GENERAL

- Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a controlar y/o disminuir conductas de depresión.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los participantes identifiquen la relación entre conducta y estado de ánimo.
2. Que los participantes aumenten la frecuencia de actividades que les agraden.
3. Que los participantes planifiquen el tiempo con antelación.
4. Que los participantes definan objetivos en términos específicos, positivos, realistas y bajo control propio.

⁹ El modelo integral de Lewinsohn y cols., (1985) abarca además otras técnicas, tales como, las técnicas de relajación, control del pensamiento y entrenamiento en habilidades sociales. Las dos primeras se abordarán en el Manual III: Afrontando la Ansiedad, y la última en el Módulo IV: Comunicación Asertiva por razones pedagógicas y en consideración de las características de la población ya mencionados (conjunto de personas a las cuales va dirigida dicho programa: parejas con problemas de infertilidad bajo TRA) y de la unidad de análisis (sujetos concretos a quienes va dirigido el presente programa, ya mencionados: parejas que asisten en un lapso de tiempo menor a los dos años a los Centros de Reproducción Asistida reconocidas por la Asociación Latinoamericana de Infertilidad, en edades comprendidas entre los 25-45 años de edad, nivel socio cultural técnico-universitario, de nivel socioeconómico medio a alto, estado civil casados con abortos previos de 0 a 1) y, por la alusión de distintos autores especializados.

5. Que los participantes identifiquen la relación entre pensamientos y estado de ánimo.
6. Que los participantes modifiquen sus pensamientos negativos.

IV. ACTIVIDADES

1. Entendiendo la Depresión.
2. Aumentando las actividades agradables.
3. Programación diaria.
4. Definiendo objetivos.
5. Pensamientos y sentimientos.
6. Usando el método A-B-C-D-E.

V. PROCEDIMIENTO Y TIEMPO

1. Presentación de la sesión ofreciendo información respecto a qué consiste, los objetivos planteados y como se llevará a cabo. Tiempo estimado: 5 minutos.
2. Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior, escuchando activamente y ofreciendo información respecto a las dudas e inquietudes de los participantes, a su vez promoviendo el intercambio de opiniones y experiencias de los participantes. Tiempo estimado: 10 minutos.
3. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de las conductas características de la depresión. Tiempo estimado: 2 minutos.
4. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de la relación existente entre estado de ánimo y conducta. Tiempo estimado: 5 minutos.
5. Realización por parte de los participantes de la actividad: “Siga la pista a su estado de ánimo”. Tiempo estimado: 10 minutos.
6. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
7. Presentación oral por parte del psicólogo de algunos aspectos básicos asociados a la implementación de actividades agradables (importancia, tipos, lineamientos generales). Tiempo estimado: 5 minutos.
8. Realización por parte de los participantes de la actividad: “Aumente las actividades agradables”. Tiempo estimado: 10 minutos.

9. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
10. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de aspectos asociados a la programación diaria (importancia, formatos, planificación gradual, y elaboración de un sistema de autorecompensas). Tiempo estimado: 10 minutos.
11. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
12. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de algunas pautas para la definición de objetivos. Tiempo estimado: 5 minutos.
13. Elaboración por parte de los participantes de la actividad “Definiendo objetivos”. Tiempo estimado: 10 minutos.
14. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
15. Refrigerio: Un espacio de tiempo en donde se brinda un pequeño refrigerio destinado a ofrecer descanso y esparcimiento a los participantes, en donde podrán además, aprovechar para conversar entre ellos. Tiempo estimado: 20 minutos.
16. Realización por parte de los participantes de la actividad “Pensamientos y Sentimientos”. Tiempo estimado: 10 minutos.
17. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
18. Presentación oral por parte del psicólogo de algunos tipos de pensamientos erróneos y/o negativos. Tiempo estimado: 5 minutos.
19. Presentación oral por parte del psicólogo del método A-B-C-D-E de modificación de pensamientos. Tiempo estimado: 10 minutos.
20. Preguntas por parte de los participantes y respuesta por parte del psicólogo respecto a la técnica presentada. Tiempo estimado: 5 minutos.
21. Elaboración por parte de los participantes de la actividad “Usando el Método A-B-C-D-E”. Tiempo estimado: 10 minutos.
22. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.

23. Presentación oral por parte del psicólogo de algunas recomendaciones ante las recaídas. Tiempo estimado: 5 minutos.
24. Ofrecer información preliminar acerca de la próxima sesión y de la importancia de la asistencia al mismo. Tiempo estimado: 10 minutos.
25. Entrega de los Manuales Afrontando la Depresión (M-AD): Manual para participantes y Cuadernos de Actividades. Tiempo estimado: 2 minutos.
26. Ofrecer información acerca de las actividades a realizar en casa contenidos en el Cuaderno de Actividades (Siguiéndole la pista al estado de ánimo, Aumentando las Actividades Agradables, Programación Diaria, Programación Gradual, Definiendo Objetivos, Modificando los Pensamientos) y la importancia de realizarlos. Tiempo estimado: 15 minutos.
27. Ofrecer información específica acerca de la página web destinada para el monitoreo y/o seguimiento de las tareas para la casa, en qué consiste y la importancia de participar activamente en la página. Tiempo estimado: 15 minutos.
28. Preguntas por parte de los participantes y respuesta por parte del psicólogo acerca de las actividades a realizar en casa. Tiempo estimado: 10 minutos.
29. Agradecimiento por parte del psicólogo dirigido a los participantes por su colaboración y asistencia. Tiempo estimado: 2 minutos.

VI. RECURSOS

A) MATERIALES

- 1 Computadora portátil.
- 1 Video-Beam.
- Lápices con goma de borrar (Número ajustado al número de participantes).
- Creyones de color rojo y azul (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con formato para la actividad “Relación entre estado de ánimo y conducta”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Aumente las actividades agradables”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Definiendo objetivos”. (Número ajustado al número de participantes).

- Hojas con el formato para la actividad: “Pensamientos y Sentimientos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Usando el Método A-B-C-D-E”.
- Manuales: Afrontando la Depresión (M- AD): Manual para participantes y Cuaderno de Actividades (Número ajustado al número de participantes).

B) HUMANOS

- Psicólogo(s).

VII. TIEMPO TOTAL

El módulo constará de una sesión de tres horas y treinta minutos aproximadamente.

VIII. EVALUACIÓN

- Pauta de Cumplimiento I: Que todos los participantes sigan las instrucciones dadas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Siga la pista a su estado de ánimo” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para la actividad como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento II: Que todos los participantes sigan las instrucciones dadas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Aumente las actividades agradables” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento III: Que el 80% de los participantes asista a la sesión “Programación Diaria” y realicen una planificación del tiempo como asignación para la casa siguiendo las instrucciones descritas en el Manual para llevarla a cabo.
- Pauta de Cumplimiento IV: Que todos los participantes sigan las instrucciones dadas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Definiendo objetivos” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual de la actividad como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento V: Que todos los participantes sigan las instrucciones emitidas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Pensamientos y Sentimientos” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para su ejecución como asignación para la casa.

- Pauta de Cumplimiento VI: Que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas por el en la ejecución de la actividad “Usando el Método A-B-C-D-E” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en el Manual para su realización como asignación para la casa.
 - Pauta de Cumplimiento VII: Que todos los participantes envíen al menos un comentario (sugerencia, duda, inquietud, observación o acotación) a la página web respecto a cada una de las actividades del MII-AD y envíen las tareas para la casa dentro del lapso establecido.
- Pauta de Cumplimiento Total: Que se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación descritos.

ANEXO 4. SUBPROGRAMA MÓDULO III: AFRONTANDO LA ANSIEDAD (MIII-AA)

MÓDULO III: AFRONTANDO LA ANSIEDAD

I. INTRODUCCIÓN

Tanto el diagnóstico de los problemas de infertilidad como su tratamiento suponen una fuente de estrés importante. El estrés y los problemas de ansiedad asociados, tienen su origen, generalmente, primero, en la sensación de pérdida de control sobre una faceta de la vida de las personas que se da por sobrentendida, la capacidad reproductiva. Segundo, por lo impredecible de los acontecimientos, esto es, la naturaleza de los tratamientos y los resultados de los mismos.

Las parejas bajo TRA tienen que afrontar dos tipos de eventos estresantes: la amenaza de una infertilidad definitiva junto a la pérdida de planes futuros de tener un hijo y lo aversivo que puede resultar el tratamiento por sí mismo (Boivin, Takefman, Tulandí y Brender, 1995; Berg y Wilson 1991). Brown y Harris (1989 citados por Verhaak et al., 2001) y Aldwin, (1994 citado por Verhaak et al., 2001) afirman que cada tipo de evento estresor puede conllevar a emociones específicas, es decir, la pérdida tiende a evocar depresión, mientras que la amenaza tiende a evocar ansiedad.

De acuerdo a Guerra (1998) cualquier situación novedosa o ante la cual no se encuentra solución provocará ansiedad, la cual se incrementará en función de la interpretación que se haga de la situación y de la visión que la propia persona tenga de las estrategias que posea para resolverlas. Esta conducta aparece como consecuencia de las distintas tensiones que se dan durante el proceso de tratamiento de la reproducción asistida, tanto al comienzo como al final del mismo.

Thiering, Bearepaire, Jones, Saunders y Tenannt (1993 citados por Verhaak et al., 2001), señalan la existencia de cambios asociados a la ansiedad durante el curso de varios tratamientos consecutivos fallidos; es decir, la ansiedad del primer ciclo está relacionado al desconocimiento de la naturaleza del tratamiento, mientras que la ansiedad en el tercer ciclo se asocia a la amenaza de una infertilidad definitiva.

La ansiedad es particularmente importante cuando se espera el resultado del tratamiento (Boivin et al., 1998), cuando falla el tratamiento (Newton, Hearn y Yuzpe, 1990; Salde et al., 1997) y en los ciclos siguientes al primer intento (Boivin et al., 1995); también esto depende de la habilidad de la pareja para afrontar esta condición (Hynes, Callan, Terry y Gallois, 1992 citados por Fassino, Piero, Boggio, Piccioni y Garzaro, 2002).

Asimismo, investigaciones recientes afirman que la ansiedad puede causar cambios hormonales que afectan el sistema reproductivo tanto en el hombre como en la mujer. De acuerdo a Clarke, Klock, Geoghegan y Travassos, (1999); Pook, Krause y Röhrle (1999), la ansiedad tiene un impacto negativo en la calidad del semen en el hombre (concentración, motilidad y morfología). Según Domar et al. (2000a), la ansiedad puede inhibir la segregación de la gonadotropina, activar el arco hipotálamo-pituitaria y alterar el sistema inmunológico, estas perturbaciones resultado de la ansiedad y de la depresión pueden afectar adversamente la ovulación, la fertilización o la implantación.

En un estudio realizado por Fanchin et al. (2000), hallaron que altos niveles de ansiedad se correlacionan con el aumento en la frecuencia de contracciones uterinas que podrían impedir la implantación del embrión en el útero. Es importante mencionar que los fármacos utilizados en algunos de los tratamientos de infertilidad producen alteraciones del estado de ánimo. Por ejemplo, el citrato de clomifeno utilizado en la inducción de ovulación produce irritabilidad, labilidad emocional y aumento de los síntomas del síndrome pre-menstrual.

Por su parte, Guerra (2004) afirma que el papel del estrés en la concepción es importante ya que tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, las parejas son sometidas a un régimen médico de visitas continuas, toma de temperatura diaria, medicamentos, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas, afectando de forma crítica su calidad de vida, alterando de alguna forma su estado emocional, social, físico y laboral. En este sentido, en un estudio realizado por Freeman et al. (1987 citados por Guerra, Llovera, Veiga y Barri, 1998), hallaron que para la mitad de la muestra, la infertilidad era la experiencia más perturbadora que habían experimentado en sus vidas, así mismo, Maschlesdt et al. (1987 citado por Guerra et al., 1998), halló que el

80% de la muestra estudiada reportó que la experiencia de la infertilidad ha sido la más estresante en sus vidas.

Para las parejas que se encuentran bajo TRA son numerosos los eventos estresantes a afrontar, tales como, su infertilidad, la incomodidad de los tratamientos, el conocimiento de las bajas probabilidades de éxito de los tratamientos, la espera de los resultados, la presión económica, además de otros eventos estresantes asociados a la vida cotidiana (Sanders y Bruce, 1999).

Cabe considerar que están expuestas a sufrir el impacto psicológico de la infertilidad todas las parejas afectadas por esta alteración reproductiva. No obstante, según estudios realizados, son más vulnerables las parejas que presentan las siguientes características: pobreza de recursos psicológicos, recursos financieros limitados, ausencia de redes sociales de apoyo, negación de la infertilidad y estilo evitativo en el afrontamiento de los problemas (Pérez, 2003).

De acuerdo a Boivin et al. (2001), los factores de riesgo que predicen una pobre adaptación o un alto nivel de ansiedad en pacientes con problemas de infertilidad son:

a) *Factores de riesgo asociados a la persona:* Preexistencia de una psicopatología (depresión y ansiedad, entre otros); infertilidad primaria; ser mujer; ver la paternidad como el objetivo de vida central; exceso de conductas de evitación como estrategia de afrontamiento (pensamientos obsesivos, fantasías, entre otros); b) *Factores de riesgo asociados al ambiente o sociales:* pobre relación matrimonial, red social empobrecida y situaciones o personas que les recuerda su infertilidad (reuniones familiares, mujeres embarazadas, etc.; y, c) *Factores de riesgo asociados al tratamiento médico:* efectos relacionados a la medicación (por ejemplo, fluctuaciones en el estado de ánimo); situaciones que amenazan el objetivo del embarazo (aborto, tratamiento fallido, entre otros); momento de tomar una decisión (comenzar o terminar el tratamiento médico, reducción fetal, entre otros).

Por lo mencionado anteriormente, existen varios factores de riesgo asociados a la conducta de ansiedad en el proceso de la infertilidad, por lo que resulta fundamental su afrontamiento, esto por medio de la adquisición de habilidades que ayuden a la pareja controlar las conductas de ansiedad, bajo una perspectiva psicoeducativa de información

y práctica de conductas que les permitan desarrollar un rango de estrategias de afrontamiento para las exigencias implícitas en el proceso de infertilidad desde un enfoque cognitivo-conductual.

De acuerdo a Guerra (2000 citado por Llavona et al., 2003), entre las intervenciones psicológicas realizadas durante el proceso de reproducción asistida, se propone la aplicación de programas de medicina conductual enfocadas en el entrenamiento del manejo de la ansiedad, las cuales incluyen técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento de la ansiedad, tales como la reestructuración de patrones negativos de pensamiento, entrenamiento en prevención de respuesta, búsqueda de apoyo social y estrategias de incremento de la sensación de control a aplicar durante el tratamiento y en los días de espera.

En este sentido, investigaciones que estudiaron específicamente comportamientos de afrontamiento han hallado efectos positivos en los participantes luego de recibir intervención psicológica, a saber: McQueeny, Stanton y Sigmon, (1997) encontraron que las mujeres entrenadas en estrategias de afrontamiento dirigidos tanto a la emoción (p.ej., distracción, expresión emocional) como al problema (p.ej., planificación, recolección de información) usaron más estas estrategias que las mujeres del grupo control obteniendo menor desajuste psicológico y mayor bienestar durante el tratamiento de la infertilidad.

En un metaanálisis realizado por Boivin (2003), destinado a evaluar la eficacia de algunos Programas de Intervención Psicológica, se hallaron efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el bienestar de las personas con problemas de infertilidad, específicamente, reducción de sentimientos de ansiedad, tensión y preocupación como resultado de recibir información, entrenamiento en afrontamiento y relajación (Boivin, 2003).

En un programa realizado por Domar, Siebel y Benson, (1990), en cual se trabajaron distintas técnicas (relajación, yoga y reestructuración cognitiva, entre otras) se halló que los participantes de este programa experimentaron mayor percepción de control, seguridad, bienestar y autoestima, reflejándose una mejora significativa en los

síntomas asociados a la depresión, ansiedad e ira. Además, entre el 30% y 40% de los participantes concibieron en los seis meses consecutivos al programa.

En un PIP desarrollado por Dolz y García (2002 citado por Llavona et al., 2003) fundamentando en entrenamiento en técnicas de autocontrol (respiración, relajación, detención de pensamientos negativos, reconstrucción de ideas y pensamientos irracionales, autoreforzo, visualizaciones positivas), entrenamiento en técnicas de prevención y control de respuesta e información sobre el tratamiento, hallaron que de las mujeres que participaron en el programa, el 54% alcanzaron el embarazo (y nacidos vivos) con una tasa de abandono del 5,7% en comparación con las mujeres del grupo control, de las cuales el 28% alcanzó el embarazo (y nacidos vivos) con una tasa de abandono de los tratamientos del 37,5%.

En consideración a las evidencias empíricas mencionadas, el presente módulo consistirá en impartir técnicas de intervención cognitivo-conductual que les permita a las parejas bajo TRA desarrollar habilidades de afrontamiento dirigidas a controlar las conductas de ansiedad disminuyendo el impacto de éstas en sus vidas con el propósito de facilitar el alcance de una mejor calidad de vida.

En este sentido, se considera en el presente modulo lo propuesto por Godoy (1999), una intervención comportamental-educativa basada en el modelo de competencias, que de acuerdo a Albee, Costa y López (1982 citados por Godoy), son estrategias de intervención destinadas a facilitar el aprendizaje de habilidades que permitan disminuir el impacto de la enfermedad en la vida de los participantes con el objetivo de controlar variables disposicionales o de riesgo, tales como la ansiedad; la potenciación de recursos protectores o de resistencia: implicación o responsabilidad y optimismo; y la generación de estilos de vida sanos: distribución del tiempo y disfrute del tiempo libre y aprendizaje habilidades básicas, tales como, relajación, autocontrol, relaciones sociales y búsqueda de apoyo social.

De igual forma, este módulo constará de una intervención multicomponente en atención al triple sistema de respuesta de ansiedad, a las evidencias empíricas de su aplicación en el área de la infertilidad y lo mencionado por distintos autores quienes han confirmado la eficiencia de dichas intervenciones en el control de la ansiedad, tal como

lo representa el entrenamiento en control de la ansiedad de Suinn y Richardson (1971 citados por Sierra et al., 2004) que incluía entre otras, la técnica de relajación y la terapia cognitiva y, el entrenamiento en control de la ansiedad de Butler et al.¹⁰, (1987 et al.; Sierra et al., 2004) que incluye técnicas de relajación, distracción cognitiva y autoinstrucciones y el *Mastery of your Anxiety and Worry* de Craske, Barlow y O'Leary (1992 citado por Sierra et al., 2004), que constituye un manual de autoayuda en el que se enfatizan entre otros aspectos, la relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas.

El presente módulo consistirá en una intervención psicoeducativa dirigida a la instauración y/o potenciación de repertorios de conducta de autocontrol dividida en tres fases: fase de información, fase de entrenamiento (impartidas durante el curso y/o la fase de aplicación realizadas fuera del ámbito clínico) y la fase de prevención de recaídas.

Así, en primera instancia, se ofrecerá información respecto a las conductas y/o síntomas más frecuentes asociada a la ansiedad, seguidamente se impartirán técnicas destinadas a controlarlas y/o disminuirlas y, por último, se ofrecerán ciertos lineamientos para prevenir las recaídas.

En la fase de información¹¹, se reseñará brevemente las conductas y/o síntomas más frecuentes de la ansiedad, considerando los tres sistemas de respuestas asociadas, a saber (Buela-Casal, Sierra y Vera- Villarroel, 2004): el sistema cognitivo, el sistema fisiológico y el sistema conductual. Se señalará la ansiedad como una conducta común y aprendida de los seres humanos con función adaptativa y que la nocividad proviene de la intensidad, frecuencia y duración de la misma, la cual puede disminuirse y/o controlarse mediante distintas estrategias explicando así mismo las ventajas de llevarlas a cabo. Igualmente, se realizará un ejercicio con la finalidad de que los participantes experimenten (prueba de realidad) la relación existente entre los tres sistemas de respuestas asociadas a la ansiedad.

En la fase de entrenamiento, se impartirán distintas estrategias dirigidas a disminuir y/o controlar la ansiedad con la finalidad de ofrecerles a los participantes

¹⁰ Los autores que citan dicha fuente no especifican los demás autores del programa.

¹¹ La fase de información comprende todas las fases de intervención, entendiéndose que ante la presentación de cada técnica y/o estrategia es necesario su implementación.

mayor sensación de autocontrol entendida ésta como puesta en marcha de conductas (por ejemplo, relajación) que alteren la intensidad y/o frecuencia de ocurrencia de otra conducta (ansiedad) que en forma elevada y sostenida podrían tener repercusiones negativas para la salud.

En primera instancia, se ofrecerán estrategias dirigidas a la disminución de la tensión y de la activación fisiológica, específicamente, la técnica de Respiración Natural Completa, la técnica de Estiramiento Tipo Yoga y la Meditación.

El control adecuado de la respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar el aumento de activación generados por éstas (Labrador, 1992 citado por Méndez, Olivares y Quiles, 2001). De acuerdo a Davis, McKay y Eshelman (1985), los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, de la depresión, de la irritabilidad, de la tensión muscular y de la fatiga. En este sentido, Labrador (2002) afirma que la técnica de respiración natural completa, es una técnica recomendable dada su efectividad tras periodos breves de práctica, siendo una técnica muy adecuada para la mayoría de las personas incluso aquellas que disponen de poco tiempo para retomar el control de la activación.

El Estiramiento tipo Yoga¹², es una técnica que, como la conocida Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson se concentra en la relajación muscular. Esta técnica se denomina estiramiento tipo yoga para indicar que, aunque sus ejercicios se han tomado de esta tradición, evitan todo aquello que podría resultar avanzado y/o complicado. La actividad fundamental de los ejercicios tipo yoga es el estiramiento concentrado. Consiste en estirar y relajar lentamente los mismos grupos musculares de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva.

La Meditación, en este caso la Respuesta de Relajación de Benson, es una técnica que pretende lograr la relajación a través de la repetición monótona de un “mantra” (palabra o frase tranquilizadora) que “libera” a la mente de otros pensamientos a través

¹² La elección de dicha Técnica en lugar de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson responde a la consideración de las necesidades y/o características de la población a quien va dirigida dicho Programa de Intervención Psicológica, dado que la técnica en cuestión está basada fundamentalmente en la tensión/distensión de los músculos, lo cual pudiera generar resistencia en los mismos. Además, en consideración de que la Técnica de Estiramiento Tipo Yoga posee los mismos beneficios de relajación profunda obtenidos a través de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva.

de la desviación de la atención modificando el estado mental disminuyendo la tensión y otorgando un estado de tranquilidad. De acuerdo a Méndez, Olivares y Sebastián (2002) esta técnica resulta efectiva para crear un estado profundo de relajación en poco tiempo.

En el presente Programa de Intervención Psicológica se incluyen distintas técnicas de Relajación considerando los distintos factores biológicos asociados a la infertilidad (causas y tratamientos médicos), los cuales podrían generar molestias y/o resistencias en algunos de los participantes y en atención a lo mencionado por distintos autores (Smith, 1994; Vera y Vila, 1998; Méndez, Olivares, y Quiles, 2001; Deffenbacher, 2002; Domar, 2002; Labrador, De la Puente y Crespo, 2002 y Sierra, Buela-Casal y Miró, 2004) respecto a la necesidad de presentar al cliente y/o paciente un abanico de alternativas de relajación en consideración de las particularidades de los mismos, lo cual facilitará la instauración y mantenimiento de la técnica. Además, se ofrecerán las instrucciones generales para la práctica adecuada fuera del ámbito clínico, considerando la importancia de la misma para el aprendizaje de las técnicas de relajación.

De acuerdo a Méndez et al. (2001), las modificaciones en las respuestas fisiológicas van acompañadas de cambios en las respuestas motoras (estado de reposo) y en las respuestas cognitivas (percepción de tranquilidad). No obstante, terapéuticamente es difícil actuar considerando una única dimensión ya que si se entiende la respuesta del sujeto en función de tres niveles (cognitivo, motor y psicofisiológico) es necesario tomar en cuenta estos tres sistemas a la hora de programar una intervención, sin olvidar la existencia de una constante interacción entre los distintos niveles, todos ellos se verán afectados sea cual sea el componente al que se dirige la intervención.

En segunda instancia de la fase de entrenamiento, atendiendo la relación existente entre los tres sistemas asociados a la ansiedad, además de las técnicas de relajación, se impartirán otras técnicas destinadas a disminuir las conductas de ansiedad. En este sentido, se aplicarán técnicas de habilidades de afrontamiento destinadas a mejorar repertorios conductuales implicados en el afrontamiento de problemas crónicos (infertilidad) y situaciones de difícil modificación (las intervenciones médicas). Las técnicas a aplicar serán, las técnicas de distracción o desvío de la atención y la búsqueda de apoyo social.

Como ya se ha mencionado, las personas con problemas de infertilidad bajo las TRA están expuestas a diversos estímulos ansiógenos (tales como las intervenciones médicas) que podrían generar pensamientos erróneos, inhibiendo su conducta (por ej., asistir a la consulta médica) o llevándola a cabo la conducta bajo una gran costo psicológico. Así, las técnicas a impartir durante esta fase estarán destinadas a ofrecer a los participantes repertorios conductuales que les permita hacer frente a estas situaciones ansiógenas.

Las técnicas de distracción, se basan en el principio de que desplazar la atención hacia algo neutro o positivo siempre es más fácil que intentar apartarla de algo negativo (Buela-Casal, Sierra, Martínez y Miró, 2004). Se impartirán algunas de las principales técnicas de distracción o reconducción (Botella y Ballester, 1997 citados por Buela-Casal et al., 2004): la externalización simple y ejercicios mentales.

Respecto a la búsqueda de apoyo, de acuerdo a Roales-Nieto (2004), el apoyo social se encuentra asociado con la salud de distintas formas, en la medida en que pueda reducir el impacto sobre la salud sobre determinados sucesos (por ejemplo, diagnóstico de infertilidad, intervenciones médicas, entre otras) y otros elementos generadores de estrés, bien eliminando el propio evento estresor, ayudando al sujeto a afrontar la situación, o atenuando los efectos de la experiencia. Por otro lado, el apoyo social puede ayudar directamente a mantener la salud o recuperarse de la enfermedad si propicia la adquisición o el fortalecimiento de repertorios en el individuo que produzca dichos efectos. En vista de su importancia, considerando el déficit de apoyo social como factor de riesgo de conductas patógenas (ansiedad, depresión entre otras) durante el proceso de infertilidad y de la evidencia empírica que comprueba su utilidad (Domar, 2002; Guerra, 2002; Albee, Costa y López, 1982 citados por Godoy, 1999) se ofrecerá información a los participantes con la finalidad de que evalúen y construyan su sistema de apoyo.

En la tercera fase, se ofrecerá algunos lineamientos para prevenir las recaídas con la finalidad de que los participantes puedan mantener el cambio conductual en situaciones y/o períodos de alto riesgo en donde es probable la recaída. En este sentido, considerando el camino que deben seguir los pacientes bajo las TRA planteado por

Moreno (2000 citado por Llavona y Mora, 2003)¹³ se tomará como evento de alto riesgo el período de espera de los resultados.

Así, en esta fase se ofrecerán técnicas destinadas a su puesta en marcha durante el período de espera (sin excluir las técnicas mencionadas en la fase anterior) a saber: la tríada de autocontrol y la programación de actividades.

La tríada de autocontrol, es un procedimiento compuesto descrito por Cautela (1983 citado por Raich, 2002) dirigida a disminuir la probabilidad de una conducta no deseada, sean conductas encubiertas o manifiestas. Incluye tres técnicas: detención del pensamiento, respiración profunda y el refuerzo positivo encubierto. Se incluye esta técnica, dado que según la literatura especializada en los días de espera tienden a presentarse conductas inadecuadas, tanto encubiertas, tales como pensamientos de y/o preocupaciones respecto al futuro (por ej., “me va a venir la menstruación”, “voy a abortar”, entre otras), como manifiestas (por ej., ir al baño a revisar si ha llegado la menstruación, inspecciones constantes en el cuerpo en búsqueda de cambios asociados a un posible embarazo, entre otras).

La detención de pensamiento es un procedimiento de autocontrol desarrollado para la eliminación de pensamientos perseverantes (o conductas manifiestas) que son generadoras de ansiedad y tienden a inhibir la ejecución de conductas deseadas o a iniciar una secuencia de conductas inadecuadas (Raich, 1998). De acuerdo a Olivares, Xavier, y García-López (2001), esta técnica tiene como objeto enseñar al individuo a interrumpir pensamientos no deseados (o conductas manifiestas inadecuadas) con la finalidad de disminuir su frecuencia y duración.

De acuerdo a Davis et al. (1985), la efectividad de esta técnica obedece a tres explicaciones: 1) la orden de “stop” o bien de un sonido fuerte actúa de castigo y la conducta que es sistemáticamente castigada tiende a desaparecer; 2) la orden de “stop” sirve de distracción, haciendo que el imperativo autoordenado resulte incompatible con los pensamientos; y 3) la detención del pensamiento es una respuesta positiva que al seguirse con pensamientos sustitutivos de tranquilidad o bien de afirmaciones de autoaceptación. Esta técnica ha demostrado ser efectiva en el control de pensamientos no

¹³ Ver Marco Teórico

deseados o desagradables generadores de estados emocionales negativos, entre ellos la ansiedad (Davis et al., 1985).

Respecto al refuerzo positivo encubierto, es una técnica que pretende aumentar la frecuencia de aparición de un comportamiento deseable, a través de reforzamiento positivo en imágenes y/o pensamientos positivos. Es una técnica que no sólo permite reforzar conductas que se evitaban sino que además permite reforzar conductas de aproximación (Raich, 2002).

Respecto a la integración de programación de actividades, es una técnica recomendada por especialistas en el área de la infertilidad, tales como, Guerra (2002) y Domar (2002). Asimismo, obedeciendo al principio por el cual se basa la distracción, busca desplazar la atención de un estímulo negativo y/o aversivo (por ej., eventos que recuerdan la infertilidad) hacia un estímulo positivo (por ej., actividades agradables en pareja), o en términos técnicos, de actividades absorbentes (Buela-Casal et al., 2004). De igual forma, desviar la atención hacia eventos positivos cotidianos que no son apreciados o desatendidos durante el proceso de infertilidad.

En este sentido, la programación de actividades será estipulada en forma de distracción o inatención acerca de los eventos y/o situaciones asociadas a la infertilidad, ya que de acuerdo a la bibliografía revisada (Miall, 1985 citado por Greil, 1997; Lalos, Lalos, Jacobson y Von Schoult, 1985; Woollet, 1985; Miall, 1986 citado por Greil, 1997; Valentine, 1986; Sandelowski, 1987; Mahlstdt, MacDuff, Bernstein, 1987 citados por Greil, 1997; Olshansky, 1987 citado por Greil, 1997; Greil, Leitko y Porter, 1988; Sandelowski, Holditch y Harris, 1990 citados por Greil, 1997; Sandelowski, 1993 citados por Greil, 1997; Greil, 1991 citado por Greil, 1997; Becker, 1994 citado por Greil, 1997; Becker y Nachtigall, 1994; Whiteford y González, 1995; Greil, 1997), los pacientes con problemas de infertilidad tienen a centrar sus vidas en el proceso de tratamiento de infertilidad y en la maternidad y/o paternidad, olvidando o no prestando atención a otros eventos en sus vidas que pudieran ser gratificantes.

II. OBJETIVO GENERAL

- Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los participantes identifiquen la relación existente entre cognición, emoción y conducta.
2. Que los participantes realicen correctamente los ejercicios de relajación.
3. Que los participantes adquieran algunas estrategias para desviar la atención ante situaciones ansiógenas asociadas con el proceso de la infertilidad.
4. Que los participantes evalúen y construyan un sistema de apoyo.
5. Que los participantes controlen los pensamientos ansiógenos asociados al proceso de la infertilidad.
6. Que los participantes programen actividades para los días de espera de los resultados.

IV. ACTIVIDADES

1. Entendiendo la Ansiedad.
2. ¡A Relajarse!
 - a. Técnica de Respiración Natural Completa.
 - b. Técnica de Estiramiento Tipo Yoga.
 - c. Meditación.
3. ¡Distracción!
4. Construya su Sistema de Apoyo.
5. Dígale ¡STOP! a los Pensamientos Negativos
6. Programe las actividades para los días de espera.

V. PROCEDIMIENTO Y TIEMPO

1. Revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior, escuchando y ofreciendo información respecto a las dudas e inquietudes de los participantes. Tiempo estimado: 15 minutos.
2. Presentación de la sesión ofreciendo información respecto a qué consiste el módulo, los objetivos planteados y como se llevará a cabo. Tiempo estimado: 5 minutos.
3. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de las conductas características de la ansiedad. Tiempo estimado: 5 minutos.
4. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de relación existente entre cognición, emoción y conducta. Tiempo estimado: 5 minutos.
5. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo ante las dudas planteadas. Tiempo estimado: 5 minutos.
6. Realización de la actividad: “Entendiendo la Ansiedad”. Tiempo estimado: 15 minutos.
7. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 10 minutos.
8. Presentación breve por parte del Psicólogo acerca de las distintas técnicas de relajación. Tiempo estimado: 5 minutos.
9. Realización del primer componente de la actividad “A relajarse”: Respiración Natural Completa. Tiempo estimado: 10 minutos.
10. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
11. Realización del segundo componente de la actividad “A relajarse”: Estiramiento Tipo Yoga. Tiempo estimado: 15 minutos.
12. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
13. Realización del tercer componente de la actividad “A relajarse”: Meditación. Tiempo estimado: 10 minutos.

14. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
15. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de las técnicas de distracción, en qué consisten y la importancia de llevarlas a cabo. Tiempo estimado: 10 minutos.
16. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo ante las dudas planteadas. Tiempo estimado: 10 minutos
17. Refrigerio: Un espacio de tiempo en donde se brinda un pequeño refrigerio dirigido a ofrecer descanso y esparcimiento a los participantes, en donde podrán además, aprovechar para conversar entre ellos. Tiempo estimado: 20 minutos.
18. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de los sistemas de apoyo, en qué consiste y su importancia. Tiempo estimado: 10 minutos.
19. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo ante las dudas planteadas. Tiempo estimado: 5 minutos.
20. Presentación oral por parte del psicólogo acerca del control de pensamientos negativos, en qué consiste y los beneficios de llevarla a cabo. Tiempo estimado: 10 minutos.
21. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo ante las dudas planteadas. Tiempo estimado: 5 minutos.
22. Realización por parte de los participantes de la actividad: “Dígale ¡Stop! a los pensamientos negativos”. Tiempo estimado: 10 minutos.
23. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
24. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de la programación de actividades para los días de espera y de la importancia de llevarla a cabo. Tiempo estimado: 5 minutos.
25. Preguntas por parte de los participantes y respuesta por parte del psicólogo respecto a la técnica presentada. Tiempo estimado: 10 minutos.

26. Ofrecer información preliminar acerca de la próxima sesión y de la importancia de la asistencia al mismo. Tiempo estimado: 5 minutos.
27. Entrega de los Manuales Afrontando la Ansiedad: Manual para participantes y Cuadernos de actividades. Tiempo estimado: 2 minutos.
28. Ofrecer información acerca de las actividades a realizar en casa y la importancia de realizarlos. Tiempo estimado: 10 minutos
29. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo ante las dudas planteadas. Tiempo estimado: 8 minutos.
30. Agradecimiento por parte del psicólogo dirigido a los participantes por su colaboración y asistencia. Tiempo estimado: 2 minutos.

VI. RECURSOS

A) MATERIALES

- 1 Computadora portátil.
- 1 Video-Beam.
- Lápices con goma de borrar (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con formato para la actividad “Entendiendo la Ansiedad” (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para las actividades: “¡A Relajarse!”: Tablas de Registro: Respiración Natural Completa, Estiramiento Tipo Yoga y Meditación. (Número ajustado al número de participantes).
- CD de Audio con la presentación de las Instrucciones de las distintas Técnicas de Relajación.
- Hojas con el formato para la actividad: “Dígale ¡stop! a los pensamientos negativos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Manuales Afrontando la Ansiedad: Manual para participantes y Cuaderno de actividades (Número ajustado al número de participantes).

B) HUMANOS

- Psicólogo(s).

VII. TIEMPO TOTAL

El módulo constará de una sesión de tres horas y treinta minutos aproximadamente.

VIII. EVALUACIÓN

- Pauta de Cumplimiento I: Que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Entendiendo la Ansiedad” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para la ejecución de la actividad como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento II: Que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas por el facilitador en la ejecución de las actividad “¡A relajarse!” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Cuaderno de Actividades para su ejecución como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento III: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Distracción” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para su elaboración como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento IV: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la realización de la actividad: “Construya su sistema de apoyo” durante la sesión y que todos los participantes lleven a cabo las instrucciones expuestas en el Manual para la ejecución de la actividad como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento V: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Dígale ¡stop! a los pensamientos negativos” y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual para su realización como asignación para la casa.

- Pauta de Cumplimiento VI: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Programe las actividades para los días de espera” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en el Manual para la realización de la actividad como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento VII: Que todos los participantes envíen al menos un comentario (sugerencia, duda, inquietud, observación o acotación) a la página web respecto a cada una de las actividades del MIII-AA y envíen las tareas para la casa dentro del lapso establecido.

Pauta de Cumplimiento Total: Que por lo menos se cumplan cinco de los criterios de evaluación descritos.

ANEXO 5: SUBPROGRAMA MÓDULO IV: COMUNICACIÓN ASERTIVA

MODULO IV: COMUNICACIÓN ASERTIVA

I. INTRODUCCIÓN

La mayoría de las parejas al casarse poseen la esperanza de tener hijos biológicos algún día, no obstante, algunas de ellas inesperadamente se enfrentan con la dificultad al concebir y/o mantener un embarazo viable. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2006), se estima que entre el 8% y el 10% de las parejas tienen problemas de infertilidad, lo que se traduce a un total de 50 u 80 millones de personas en el mundo (la problemática varía por regiones).

A mediados de los años ochenta, los investigadores en el área de la infertilidad, le otorgaban mayor importancia a las causas que a las consecuencias psicológicas de la infertilidad, más aún, prevalecía la creencia de que la mujer era la causa primaria de la infertilidad (“resistencia inconsciente a la maternidad”), por consiguiente, era el foco principal en las investigaciones en el área y en los TRA.

No obstante, en la actualidad la tecnología médica ha demostrado que ambos miembros de la pareja contribuyen de igual forma en los problemas de la infertilidad (Peterson, Newton, Rosen y Schulman, 2006). Así, la infertilidad suele ser un problema femenino en el 40% de los casos, masculino en el 40% de los casos, y comunes a ambos miembros de la pareja en el 20% de las casos. Las causas se desconocen en el 5 a 10% del total de casos, aún después de rigurosos estudios (Llavona y Mora, 2003).

Consecuentemente, la experiencia de la infertilidad es verdaderamente compartida por ambos miembros de la pareja. En un esfuerzo por entender como la infertilidad influye en ambos miembros de la pareja, los investigadores han estudiado la respuesta emocional de ambos miembros de la pareja ante la experiencia de la misma (Peterson et al., 2006). Así, Daniluk (1991) afirma la manifestación de respuestas comunes ante la experiencia de la infertilidad, tales como sorpresa, negación, rabia, culpa, culpabilidad, depresión, ansiedad, soledad y desesperanza, entre otros.

En un nivel interpersonal, la carga emocional de la experiencia de la infertilidad puede tener un impacto en varios aspectos de la vida marital y en la calidad de vida

juntos, generando conflicto en términos de alteraciones en la comunicación y en la sexualidad, los cuales pueden considerarse factores de riesgo ante una posible separación o aislamiento entre los miembros de la pareja (Daniluk, 1991).

Por otro lado, cada miembro de la pareja puede responder a la infertilidad de forma diferente. En este sentido, Pérez (2003) afirma que los hombres pueden experimentar las mismas emociones que las mujeres, sin embargo, lo frecuente es que no lo expresen con la misma intensidad puesto que tratan de cumplir con el papel establecido por la sociedad de ser fuertes y dar apoyo a la pareja en el momento de crisis, motivo por el cual suelen recibir acusaciones de indiferentes.

La dificultad para comunicarse puede incrementarse durante el proceso de infertilidad, en donde, cualquier toma de decisiones puede generar conflictos, tales como, hablar o no de la infertilidad, de los sentimientos acaecidos por la misma, de seguir o no seguir con los tratamientos, o simplemente qué hacer durante el fin de semana. Asimismo, pueden presentarse múltiples quejas tales como “ella no hace otra cosa que hablar de la infertilidad” o “él no parece escucharme”, estas discusiones muchas veces pueden llevar a erosionar la relación de pareja (Daniluk, 2001).

Por otro lado, los estudios realizados en los últimos años en el área de la infertilidad afirman la presencia de otras alteraciones en la relación de pareja, tales como percepción del acto sexual como una obligación (Freeman, Boxer, Rickels, Tureck y Mastroiani, 1985; Lalos, Lalos, Jacobson y Von Schoultz, 1985; Greil, 1991 citado por Greil 1997; Lorber y Bandlamudi, 1993; Valentine, 1986; Sabatelli, Meth y Gavazzi, 1988); alteraciones en la relación sexual, (Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999 citados por Moreno, 2000; Aghanwa, Dare y Ogunniyi, 1999 citados por Moreno, 2000), disminución en la satisfacción y ajuste marital (Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004). Igualmente, pérdida del deseo sexual, incapacidad para alcanzar el orgasmo, son experiencias manifestadas por parejas con problemas de infertilidad bajo TRA (Leader, 1984; Rosenfeld y Nitchell, 1979).

De acuerdo a Boivin et al. (2001), para un pequeño porcentaje de parejas con infertilidad, los problemas sexuales (en términos biológicos) son la causa primaria de la misma (vaginismo, dispauprimia, disfunción eréctil, entre otros), los cuales pueden tener

un origen orgánico y/o psicológico. Sin embargo, para un porcentaje mayor de estas parejas (10%-60%), la infertilidad puede repercutir en el funcionamiento sexual (déficit del deseo sexual, disfunción orgásmica, entre otros), los cuales, están frecuentemente relacionados con la presión de llevar a cabo las relaciones sexuales en un horario establecido, con la percepción de pérdida de intimidad y con el hecho de que el objetivo está orientado a la reproducción que a su vez les recuerda su problema de infertilidad (Greil et al., 1989).

Llavona y Mora (2003) tomando como modelo investigaciones realizadas en el área de la infertilidad con la finalidad de prevenir el desajuste matrimonial y/o la insatisfacción marital en las parejas bajo TRA, plantean entre los objetivos primordiales de intervención las siguientes: promover las conductas positivas entre la pareja y una comunicación eficaz, suscitar la toma de decisiones ecuaníme, fomentar interacciones sexuales placenteras, y relocalizar la relación de pareja desde la infertilidad hacia otras áreas de la relación.

Daniluk (1991) plantea que siendo los problemas de comunicación sumamente frecuentes en las parejas con problemas de infertilidad, es fundamental facilitar a la pareja estrategias de comunicación dirigidas a optimizar la expresión de pensamientos y sentimientos en los miembros de la pareja. Asimismo, expresar las expectativas de cada uno con la finalidad de aceptar las diferencias en los sentimientos y/o pensamientos respecto a la experiencia de la infertilidad.

En este sentido, Llavona et al. (2002), afirman que un programa cognitivo conductual dirigido a las parejas con problemas de infertilidad debe considerar los siguientes objetivos: identificar y validar los pensamientos irracionales asociados a la infertilidad y a la relación de pareja, dirigir a la pareja a otras fuentes de satisfacción, brindar distintas técnicas para mejorar las habilidades de comunicación y de solución de problemas en la pareja y, proveer información para optimizar las relaciones sexuales.

En particular en la pareja, la intervención cognitiva conductual dirigida a reducir el estrés psicológico¹⁴ se ha asociado significativamente con altas tasas de embarazos viables. Más aún, se ha evidenciado que la intervención cognitiva conductual ha sido exitosa en el tratamiento de los aspectos emocionales de la infertilidad, incrementando la

¹⁴ Estrés psicológico a diferencia del estrés celular o biológico.

calidad de vida de la pareja y aumentando las tasas de embarazos viables (Domar, Seybel y Benson, 1990; Domar et al., 2000; McNaughton-Cassioli et al., 2000; Tuschen-Caffer, Florin, Krause y Pook, 1999 citados por Facchinetti et al., 2004).

Diversos autores plantean el modelo cognitivo conductual de la terapia marital para la intervención psicológica de los distintos efectos de la infertilidad en la relación de pareja (Domar, Seibel y Benson, (1990); Daniluk, 1991; Myers y Wark, 1996; Greil, (1997); Domar, Clapp, Slawsby, Kessel, y Freizinger, (2000); Domar y Lesch, (2004); Facchinetti, Tarabusi y Volpe, 2004) considerando la naturaleza del proceso de infertilidad (la multitud de toma de decisiones respecto a la duración y el tipo de TRA, los efectos de la infertilidad en la relación sexual de la pareja, las diferencias en las reacciones entre los miembros de la pareja, entre otros).

En este sentido, el enfoque cognitivo conductual marital dirigido a las parejas con problemas de infertilidad puede ser efectivo por varias razones (Myers, et al., 1996; Domar et al., 2004; Facchinetti et al., 2004), entre las que se encuentran, cuenta con técnicas efectivas para la identificación y tratamiento de los pensamientos inadecuados y/o irracionales (por ejemplo, la terapia racional emotiva de Ellis), considera fundamental la comunicación en la expresión de pensamientos y sentimientos y en la toma de decisiones dentro de la relación de pareja aportando una serie de estrategias para optimizarla, ha demostrado ser efectivo en un amplio campo de aplicaciones (ansiedad, depresión, relaciones de pareja, entre otros.), y cuenta con efectivas intervenciones en el tratamiento de las alteraciones sexuales en la pareja.

La terapia cognitiva-conductual se basa en las habilidades para ayudar a las parejas con problemas a aumentar su satisfacción marital fundamentada en la premisa básica de que la satisfacción matrimonial puede aumentarse entrenando a las parejas a disminuir las interacciones maritales negativas y a aumentar las positivas (Arias y Byrne, 1998).

En este sentido, diversos estudios han demostrado que las parejas armoniosas se distinguen de las parejas en conflicto en función de la cantidad de intercambios positivos o negativos, así como por el patrón de intercambios gratificadores y punitivos, y por una serie de deficiencias en la comunicación y en las habilidades de solución de problemas (Cáceres, 1993 citado por Sierra, Buena-Casal y Sánchez, 2004).

Diversas investigaciones han estudiado algunos predictores de un ajuste psicosocial a la infertilidad. En este sentido, estrategias activas de afrontamiento (tales como, expresión de sentimientos, y búsqueda de apoyo social) fueron significativamente predictores de una alta satisfacción marital (Schmidt, Holstein, Christensen y Boivin, 2005). Berghuis y Stanton (2002) demostraron que además las estrategias de afrontamiento activo son predictores de bajos niveles de estrés en la pareja sometida a TRA.

Las dificultades en la comunicación en la pareja han sido significativamente predictores de una baja satisfacción matrimonial considerando la relación de pareja como una fuente importante de soporte entre los miembros para afrontar el proceso de la infertilidad (Schmidt et al., 2005; Abbey y Halman, 1991 citados por Schmidt et al., 2005; Laffont y Edelman, 1994). Pasch, Dunkel-Schetter y Chistensen (2002), hallaron que la calidad de comunicación entre la pareja fue menos negativa cuando los esposos hablaban con sus esposas respecto a los sentimientos y/o pensamientos asociados con la experiencia de la infertilidad.

En un estudio realizado para evaluar un curso de entrenamiento de comunicación en parejas con problemas de infertilidad se halló que los participantes tanto mujeres como hombres incrementaron la comunicación de sus emociones y pensamientos acerca de la infertilidad aumentando así la satisfacción matrimonial y disminuyendo el estrés en cada uno de ellos después de la intervención (Schmidt, Tjornhoj-Thomsen, Boivin y Andersen, 2005). Asimismo, se ha demostrado que una alta satisfacción matrimonial durante la experiencia de la infertilidad es significativamente predictiva de una positiva evaluación de la pareja hacia los médicos y hacia los centros de cuidados médicos (Schmidt, Holstein, Boivin, Tjornhoj-Thomsen, Blaabjerg, Hald, Andersen, 2003).

En consideración de las evidencias empíricas, el presente módulo estará destinado a ofrecer distintas estrategias a los miembros de la pareja con la finalidad de que reciban información acerca de habilidades destinadas a aumentar la frecuencia de las interacciones positivas, a optimizar la comunicación y las habilidades de solución de problemas. Además, se ofrecerán algunos lineamientos generales destinados a disminuir el impacto de la infertilidad en la sexualidad. Por último, se ofrecerán algunos

lineamientos a la pareja con la finalidad de optimizar la comunicación con familiares y/o amigos.

Respecto a la estructura del programa de intervención, considerando lo planteado por varios autores (Arias et al., 1998; Sierra et al., 2004; Liberman, Wheeler, De Visser, Kuehnel y Kuehnel, 1987; Capafóns y Sosa, 1998), el paso inicial de la terapia será aumentar la tasa de ocurrencia de los acontecimientos maritales positivos. Para ello se instará a los participantes a llevar a cabo un ejercicio (tarea para la casa, luego de ofrecer la información básica del procedimiento y de los objetivos y/o ventajas de llevarla a cabo) para aumentar y potenciar el intercambio positivo: “Pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”, la cual se realizará hasta finalizar la aplicación del tratamiento contenido en el presente módulo.

De acuerdo a Capafóns et al., (1998) es conveniente comenzar la intervención con este componente ya que favorece la participación terapéutica y la buena predisposición para el cambio y es fácil de llevar a cabo ya que no tiene prerequisites porque se trata de emitir conductas que ya existen en el repertorio conductual.

Asimismo, el entrenamiento en reciprocidad resulta relevante ya que permite preparar a las parejas hacia una convivencia más gratificante, enseña a una forma distinta de interactuar ante la necesidad de cambiar conductas inadecuadas y cambia la percepción de los cónyuges dirigiendo la atención hacia lo positivo (Capafóns et al., 1998).

Como segundo paso o fase del módulo, se introduce el entrenamiento en habilidades de comunicación, considerando lo planteado por Arias et al., (1998) quienes afirman que sólo mediante una comunicación clara y precisa los cónyuges pueden realizar con eficacia la solución de problemas y proporcionarse mutuamente apoyo e intimidad, la cual resulta vital en el tratamiento de la infertilidad por las evidencias empíricas mencionadas. El entrenamiento se centrará en ofrecer técnicas para una optimizar las habilidades de escucha y de habla. Seguidamente se ofrece información respecto a la adecuada transmisión y recepción de sentimientos positivos y negativos. Asimismo, se asignará tareas para la casa para consolidar lo aprendido durante el taller, las cuales serán monitoreadas a través de la página web diseñada para ello.

Como tercer paso, se ofrecerán algunas pautas asociadas a las habilidades de resolución de problemas. La resolución de problemas es una técnica que le permitirá a los miembros de la pareja una forma adaptativa de afrontar diversas dificultades que pueden surgir en la cotidianidad, así como los que podrían surgir durante el proceso de infertilidad. Asimismo, permitirá transmitir a la pareja que el problema no es el problema, sino la búsqueda de solución (es). Esta sesión consistirá básicamente en ofrecer información acerca de algunas pautas a seguir para el planteamiento de un problema y para la resolución de la misma, asimismo, de asignación de tareas para la casa para consolidar lo aprendido durante el taller, las cuales serán monitoreadas a través de la página web diseñada para ello.

Como cuarto paso o fase del módulo, en vistas de las evidencias empíricas del efecto del proceso de la infertilidad en la relación sexual de la pareja, se ofrecerá información acerca de algunos lineamientos destinados a disminuir el impacto sobre la misma.

Por último, considerando el efecto del diagnóstico/intervención de la infertilidad en el ámbito social de la pareja se ofrecerán algunos lineamientos para hacer frente a comentarios inadecuados realizados por familiares, amigos y/o compañeros con la finalidad de disminuir el riesgo de aislamiento o de sentimiento de alienación respecto “al mundo fértil” y de considerarlos como una fuente importante de apoyo o ayuda durante el proceso de la infertilidad.

El programa se basará en intervenciones grupales considerando los beneficios planteados por Liberman et al. (1987), a mencionar: las intervenciones en grupo ofrece mayores fuentes de retroalimentación y más intercambio para los otros miembros del grupo, los grupos ofrecen distintos modelos de interrelación en una pareja aportando mayor gama de opciones para contrastar, la retroalimentación que ofrece el grupo tiene mayor impacto para la pareja que la retroalimentación que ofrece el terapeuta solo y, el grupo ofrece aceptación, soporte y un medio de aprendizaje seguro para la pareja.

Conjuntamente, *considerando diversos estudios realizados en el área de la infertilidad*, las intervenciones de formato grupal dirigido a los miembros de la pareja ofrecen la oportunidad de beneficiarse de la intervención tanto de forma individual como pareja simultáneamente arrojando la ventaja adicional de fortalecer el significado de la

infertilidad como un problema de ambos más que un problema del hombre o de la mujer. Asimismo, proporciona un sistema de apoyo social a las parejas que a la vez actúa como fuente de aceptación social, lo cual puede ayudar a superar la estigmatización asociada a la infertilidad (Asen, 2002 citado por Lemmens et al., 2004; McFarlane, 2002 citado por Lemmens et al., 2004; Boivin, 2003).

Además, el grupo ofrece múltiples oportunidades para compartir experiencias comunes con otras parejas esto podría ayudar a las parejas a sentir que ellos no son los únicos que padecen un problema de infertilidad, a darse cuenta que sus reacciones, sentimientos y esfuerzos son normales y, por consiguiente, sentirse menos aislados (Lentner y Glazer, 1991; Steinglass, 1998 citado por Lemmens et al., 2004; Lemmens et al., 2003 citados por Lemmens et al., 2004).

Igualmente, la variedad de historias tanto similares como diferentes pueden estimular distintos procesos cognitivos (reflexión e insight), los cuales pueden ayudar a las parejas quienes frecuentemente se enfocan únicamente al problema de la infertilidad a ampliar sus puntos de vista y a generar distintas perspectivas (Leicher y Schulman, 1974 citados por Lemmens et al., 2004; Stanton, 1992). Adicionalmente, las parejas pueden beneficiarse de aprender de otras experiencias para afrontar la infertilidad, por lo que la terapia marital grupal ofrece particularmente buenas oportunidades para identificar, modelar e intercambiar experiencias (Lemmens et al., 2003 citados por Lemmens et al., 2004).

Finalmente, la terapia grupal marital crea un fórum para discutir distintos tópicos, lo cual puede ser dificultoso de lograr para una sola pareja. Es más, el discutir estas cuestiones en el contexto de la terapia grupal marital tiene el efecto de normalizar la comunicación entre los miembros de la pareja y a atravesar barreras entre ellos (Asen, 2002 citado por Lemmens et al., 2004; McFarlane, 2002 citado por Lemmens et al., 2004).

II. OBJETIVOS GENERALES

1. Que los participantes adquieran habilidades para incrementar la frecuencia de las interacciones positivas con su cónyuge.

2. Que los participantes adquieran algunas pautas de comunicación asertiva con familiares y amigos.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los participantes adquieran conductas dirigidas a aumentar la frecuencia del intercambio positivo con su cónyuge.
2. Que los participantes evalúen y adquieran conductas destinadas a una comunicación positiva con su cónyuge.
3. Que los participantes adquieran pautas para expresar los sentimientos asertivamente.
4. Que los participantes desarrollen pautas para la solución de problemas.
5. Que los participantes adquieran información de algunos lineamientos a seguir para que la infertilidad no afecte las relaciones sexuales.
6. Que los participantes conozcan algunas pautas para una comunicación asertiva con familiares y/o amigos.

IV. ACTIVIDADES

1. “Pille a su pareja haciendo algo agradable... y hágaselo saber”.
2. Cómo lograr una comunicación positiva
3. Expresión de sentimientos.
4. Solución de problemas.
5. Afecto físico.
6. Dirigirse a la familia y/o amigos.

V. PROCEDIMIENTO Y TIEMPO

1. Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior, escuchando y ofreciendo información respecto a las dudas e inquietudes de los participantes. Tiempo estimado: 10 minutos
2. Presentación de la sesión ofreciendo información respecto a qué consiste, los objetivos planteados y como se llevará a cabo. Tiempo estimado: 2 minutos.

3. Presentación oral por parte del psicólogo de cómo podría afectar la infertilidad y los TRA a la relación de pareja. Tiempo estimado: 8 minutos.
4. Presentación oral por parte del psicólogo de la importancia de la reciprocidad en la relación de pareja. Tiempo estimado: 5 minutos.
5. Presentación oral por parte del psicólogo respecto a la estrategia para aumentar el intercambio positivo entre la pareja: “Pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”. Tiempo estimado: 5 minutos.
6. Presentación de dudas y/o inquietudes por parte de los participantes respecto a la actividad anterior y respuestas por parte del psicólogo. Tiempo estimado: 5 minutos.
7. Elaboración por parte de los participantes de la actividad: “Pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”. Tiempo estimado: 10 minutos.
8. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
9. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de algunas pautas para lograr una comunicación positiva. Tiempo estimado: 10 minutos.
10. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
11. Elaboración por parte de los participantes de la actividad “Evalúe la comunicación con su pareja”. Tiempo estimado: 10 minutos.
12. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
13. Presentación oral del psicólogo acerca de la importancia de expresar los sentimientos así como algunas pautas para expresarlos de forma adecuada. Tiempo estimado: 5 minutos.
14. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por partes del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
15. Elaboración por parte de los participantes de la actividad: “Expresando los sentimientos”. Tiempo estimado: 10 minutos.
16. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.

17. Refrigerio: Un espacio de tiempo en donde se brinda un pequeño refrigerio dirigido a ofrecer descanso y esparcimiento a los participantes, en donde podrán además, aprovechar para conversar entre ellos. Tiempo estimado: 20 minutos.
18. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de algunas pautas para la solución de problemas. Tiempo estimado: 5 minutos.
19. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
20. Elaboración por parte de los participantes de la actividad “Solución de Problemas”. Tiempo estimado: 10 minutos.
21. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
22. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de algunas pautas a seguir para disminuir el impacto de la infertilidad en el área sexual. Tiempo estimado: 5 minutos.
23. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
24. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de algunos lineamientos a seguir con el propósito de alcanzar una comunicación asertiva con familiares y/o amigos. Tiempo estimado: 10 minutos.
25. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
26. Manifestación verbal por parte de los participantes de algunos ejemplos de las pautas para una comunicación asertiva con los familiares y/o amigos. Tiempo estimado: 10 minutos.
27. Presentación oral por parte del psicólogo respecto a las tareas para la casa y de la importancia de llevarlos a cabo. Tiempo estimado: 10 minutos.
28. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo. Tiempo estimado: 8 minutos.
29. Entrega de los Manuales de Comunicación Positiva: Manuales para Participantes y Cuadernos de Actividades. Tiempo estimado: 2 minutos.

30. Agradecimiento por parte del psicólogo dirigido a los participantes por su colaboración y asistencia. Tiempo estimado: 2 minutos.

VI. RECURSOS

A) MATERIALES

- 1 Computadora portátil.
- 1 Video-Beam.
- Lápices con goma de borrar (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Evalúe la comunicación con su pareja” (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Expresando sentimientos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Solucionando problemas”. (Número ajustado al número de participantes).
- Manuales: Comunicación Asertiva y Cuaderno de Actividades (Número ajustado al número de participantes).

B) HUMANOS

- Psicólogo(s).

VII. TIEMPO TOTAL

El módulo constará de una sesión de tres horas aproximadamente.

VIII. EVALUACIÓN

- Pauta de Cumplimiento I: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador para la ejecución de la actividad: “Pille a su pareja

haciendo algo agradable...y hágaselo saber” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en el Manual para su realización como asignación para la casa.

- Pauta de Cumplimiento II: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Evalúe la comunicación con su pareja” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual para su ejecución como asignación para la casa.
 - Pauta de Cumplimiento III: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Expresando sentimientos” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en la Manual para su ejecución como asignación para la casa.
 - Pauta de Cumplimiento IV: Que todos los participantes sigan las instrucciones relatadas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Solución de Problemas” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual para su ejecución como asignación para la casa.
 - Pauta de Cumplimiento V: Que por lo menos el 50% de los participantes mencione verbalmente un ejemplo de los lineamientos expuestos en la actividad “Afecto físico” durante la sesión.
 - Pauta de Cumplimiento VI: Que por lo menos el 50% de los participantes mencione verbalmente un ejemplo de las pautas para una comunicación asertiva con los familiares y/o amigos. Pauta de Cumplimiento VII: Que todos los participantes envíen al menos un comentario (sugerencia, duda, inquietud, observación o acotación) a la página web respecto a cada una de las actividades del MIV-CA y envíen las tareas para la casa dentro del lapso establecido.
- Pauta de Cumplimiento Total: Que por lo menos se cumplan cinco de los criterios de evaluación descritos.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	
<i>Programa PIP-AI</i>	1
Anexo 2	
<i>Subprograma Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI)</i>	22
Anexo 3	
<i>Subprograma Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD)</i>	27
Anexo 4	
<i>Subprograma Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA)</i>	38
Anexo 5	
<i>Subprograma Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA)</i>	54

NO COPIAR

XII. ANEXOS

ANEXO 1. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: AFRONTANDO LA INFERTILIDAD (PIP-AI).

A. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: AFRONTANDO LA INFERTILIDAD

I. INTRODUCCIÓN GENERAL

La infertilidad es una condición que afecta a múltiples parejas que desean tener un hijo (a) y no lo logran, la cual se encuentra asociada generalmente a algún factor biológico que disminuye las probabilidades de éxito de embarazo en términos de que se produzca o se mantenga. De acuerdo con la American Society for Reproduction Medicine (2004), la infertilidad es concebida como una enfermedad que inhibe la reproducción, debido a una interrupción estructural y/o funcional de algún órgano o sistema, o combinación de las mismas, que se manifiesta en un conjunto de signos y síntomas.

Si bien son múltiples los factores biológicos asociados, en la infertilidad se encuentran asociados otros factores, tales como los psicológicos, sociales y/o ambientales. En este sentido, tal y como plantea Godoy (1999) en relación a la interdependencia entre la salud y enfermedad, como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicoculturales).

En una revisión de la literatura especializada, se ha encontrado que son diversos los autores (Abbey, Andrews, y Halman, 1995; Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Merari, Chetrit y Modan, 2003; Lukse y Vacc, 1999; Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004; Leader, 1984; Rosenfeld y Nitchell, 1979) que afirman la existencia de factores psicológicos asociados a la infertilidad. Entre los factores psicológicos asociados se encuentran altos niveles de estrés, lo cual aumenta la vulnerabilidad de presentar conductas de ansiedad y depresión

(Oddens, Tonkelar, Niuwenhuysse, 1999), siendo las conductas más frecuentes en parejas con problemas de infertilidad bajo tratamiento de reproducción asistida (Ardenti, Campari, Agazzi, La Sala, 1999).

La presencia de tales factores psicológicos pueden a su vez conllevar a un deterioro en el funcionamiento biológico, individual y de pareja, afectando la satisfacción y ajuste marital (Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004). En este sentido, Pook, Krause y Röhrle (1999) afirman que el estrés puede causar cambios hormonales que afectan el sistema reproductivo tanto en el hombre como en la mujer.

Por otra parte, en referencia a la influencia de los factores psicológicos en la pareja, se ha descrito la infertilidad, en primer lugar, como una crisis vital, la cual se origina en múltiples factores y genera un gran desgaste psicológico en la pareja, dada su ciclicidad, la cual se caracteriza por la repetición de experimentar esperanza al inicio del ciclo y desesperanza cuando llega la menstruación cuando se obtiene un resultado negativo en la prueba de embarazo. En segundo lugar, impacta el elevado costo económico del tratamiento, el sometimiento a procesos quirúrgicos con el dolor físico que conllevan, invasión a la privacidad sexual de la pareja, disminución en la satisfacción y ajuste marital (Forman, 1997; Kerr, Brown y Balen, 1999; Miranda, Larrazabal y Labán, 1995; Fernández, 1995, 1998; Menning, 1998 citado por Palacios y Jadresic, 2001, Newton, 1999; Odres, Den Tonkelaar y Nieuwenhuysse, 1997; Remeter y Fiegl, 1998; Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004).

Respecto a la repercusión en el área sexual, se encuentran la pérdida del deseo sexual e incapacidad para alcanzar el orgasmo (Leader, 1984; Rosenfeld y Nitchell, 1979). Asimismo, la crisis de infertilidad altera la autoestima y la imagen corporal, conllevando a sentimientos de inferioridad, depresión y ansiedad, los cuales pueden repercutir negativamente en la sexualidad (Boivin et al., 2001). Además, la infertilidad puede causar problemas en la pareja, tanto en el ámbito afectivo como en la comunicación, e incluso en la afiliación (Leiblum, 1997 citado por Llavona y Mora, 2003).

Tal y como puede apreciarse, de acuerdo a las evidencias empíricas mencionadas, la infertilidad constituye una condición y/o estado complejo, en donde los factores biológicos,

psicosociales se afectan y determinan mutuamente. De ahí la importancia de combinar estrategias de intervención que puedan responder a ambas dimensiones.

Cuando una pareja se encuentra ante el fracaso reiterado en su intento de tener un hijo, buscan asistencia médica frecuentemente con expectativas mayores a las esperadas según las probabilidades de éxito de las técnicas de reproducción asistida (Slade, Emery y Lieberman, 1997). No obstante, el asistir a las técnicas de reproducción asistida (TRA) no pone fin a su problema de forma inmediata, sino que comienza un espiral de diagnósticos e intervenciones médicas que pueden tener una duración entre 2 a 7 años, y que de antemano no les garantiza la obtención de su objetivo, considerando que en el mejor de los casos la probabilidad de conseguir tener un hijo vivo no será mayor del 50 % (Llavona y Mora, 2003).

Para exponer el camino que recorren estas parejas se seguirá lo planteado por Moreno (2000 citado por Llavona y Mora, 2003) quien lo sintetiza de la siguiente forma: En primer lugar, se establece el diagnóstico. Cada uno de los miembros de la pareja se somete a las distintas pruebas y/o procedimientos necesarios. Si el diagnóstico confirma la infertilidad, el médico les informa sobre las técnicas de reproducción asistida más adecuadas para el problema en particular. En segundo lugar, la pareja deberá tomar una decisión respecto a las alternativas propuestas.

En tercer lugar, si la pareja ha tomado la decisión de iniciar el tratamiento, se procede a la aplicación de la técnica. Independientemente de las técnicas que se apliquen, los tratamientos de infertilidad siguen las mismas fases (Moreno, 2000 citado por Llavona y Mora, 2003): Al comenzar el ciclo menstrual de la mujer, se le da un tratamiento farmacológico con la finalidad de estimular los ovarios y producir mayor cantidad de ovocitos en el ciclo, aumentando así la probabilidad de fecundación. Durante este período (de 10 a 13 días) la mujer debe acudir al centro de reproducción asistida para el monitoreo y control del desarrollo de los óvulos.

Transcurrido este tiempo, al estar los óvulos en condiciones óptimas, se pasa a la aplicación del procedimiento de reproducción asistida que proceda. En los 16 días siguientes aproximadamente se estará en una fase de espera del resultado. Posteriormente, se llevará a cabo una prueba de embarazo con la finalidad de conocer el resultado. Cuando

el resultado es negativo se procede a establecer un período de descanso del organismo antes de intentar un nuevo ciclo del mismo tratamiento o proseguir con otro alternativo. Cuando un tratamiento no ha dado resultado, y tras el período de descanso, la pareja debe tomar la decisión de parar o continuar los tratamientos de reproducción asistida.

Las parejas que recorren en vano este largo y costoso tratamiento sucesivas ocasiones, pueden vivirlo como una auténtica carrera de obstáculos (Daniluk, 2001). Para algunas parejas, el desgaste que produce este proceso, sobre todo cuando se da un fracaso reiterado, es tan acentuado que no sólo experimentan fatiga, sino también miedo, baja autoestima, ansiedad, depresión, e incluso pensamientos de suicidio. Al mismo tiempo, se puede instaurar un sentimiento de pérdida de control sobre sus cuerpos y sobre sus vidas (Braveman, 1997 citado por Llavona y Mora, 2003).

Además, existen diversos estudios, tales como el realizado por Goldfarb et al. (1997 citado por Domar, 2004) que refieren la dificultad por parte de los pacientes de completar el tratamiento, encontrándose asociados en primer lugar al factor financiero, seguido por “estrés emocional”. Sin embargo, si bien el factor económico es importante, en países donde los costos de los tratamientos de reproducción asistida son cubiertos por el seguro, de acuerdo a un estudio realizado, la tasa acumulativa de abandono después de tres ciclos de tratamientos fue del 62,4% (Land, Courtar y Evers, 1997). De ahí que los recursos psicológicos cumplan un relevante papel en la consecución del proceso de tratamiento de la infertilidad.

De los 15 estudios encontrados en la literatura realizados alrededor del mundo en los últimos 10 años en donde se examinó la relación entre estrés y el resultado del tratamiento de FIV, 10 de ellos encontraron resultados estadísticamente significativos que confirman la teoría de que el estrés está asociado a bajas tasas de embarazos (Boivin, 2003; Greil, 1997).

Enfrentarse a un diagnóstico y a un tratamiento de esta naturaleza produce una sensación de incertidumbre y de falta de control que a menudo activan respuestas psicológicas diversas, las que dependerán en gran medida de los recursos psicológicos personales, la relación de pareja, la comunicación de ésta y con el personal médico, de la

historia de la persona y de eventos situacionales que puedan agregar componentes estresantes a la situación en sí.

Por consiguiente, los TRA frecuentemente suelen encontrarse acompañados de una intervención psicológica. A este respecto, Domar (2004), señala la necesidad de tomar en cuenta el papel de los factores psicológicos asociados a los tratamientos de infertilidad dado que el estrés no sólo se asocia a bajas tasas de embarazo sino que aumenta la probabilidad de que las parejas abandonen dicho tratamiento.

En una revisión de las investigaciones realizadas en el área, Boivin (2003) halló efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el bienestar de las parejas bajo TRA, específicamente, reducción de conductas de ansiedad, como resultado de recibir información, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y relajación.

En este sentido, dada la importancia de factores psicológicos asociados a la infertilidad, son muchos los autores que afirman la necesidad de integrar Programas Psicológicos a los Tratamientos de Reproducción Asistida (Chiba et al., 1997; Hansell et al., 1998; Lukse et al., 1999; Lee et al., 2000; Yong et al., 2000; Kee et al., 2000; Matsubayashi et al., 2001; Hammarberg et al., 2001; Kains, 2001; Salakos et al., 2004; Smeenk y colaboradores, 2004).

Algunos estudios realizados (Domar et al., 2000; Dolz, 2002) han encontrado que en los Centros de Medicina Reproductiva que incluyen Programas de Intervención Psicológica (PIP) como parte integral del tratamiento en parejas con problemas de infertilidad, logran tasas de embarazos significativamente mayor y tasas de abandono al (TRA) menor en comparación a las parejas que reciben tratamiento médico rutinario. Específicamente en Venezuela, existen algunos TRA que incluyen PIP. Sin embargo, se desconoce una sistematización de dichos programas en términos de las estrategias de intervención brindadas.

De ahí la necesidad de elaborar un Programa de Intervención Psicológica (PIP) dirigido a parejas que asisten a TRA que contemple la complejidad del fenómeno de estudio, en donde convergen múltiples factores, tal y como fue mencionado anteriormente, lo cual requiere de una sistematización de sus contenidos y estrategias de intervención.

En línea a lo expuesto, la política que ha de seguir un programa intervención psicológica en parejas bajo TRA es el planteado por el modelo biopsicosocial considerando la salud y la enfermedad como procesos multifactoriales y multideterminados, donde aspectos conductuales, cognitivos, psicofisiológicos y psicológicos, tienen una gran importancia (Roales-Nieto, 2004).

Haciendo énfasis en el comportamiento del sujeto, Godoy (1998) señala la poderosa contribución de tres conjuntos de variables comportamentales como son las conductas de riesgo, las estrategias de afrontamiento del estrés y las respuestas al tratamiento médico o grado de cumplimiento del mismo. Además de los factores comportamentales, de acuerdo a la Psicología de la Salud, la intervención psicológica debe destacar la importancia en la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos.

En este sentido, la medicina conductual incorpora a los tratamientos médicos convencionales las estrategias cognitivos-conductuales comúnmente usadas en la terapia conductual, tales como, programas de entrenamiento en respiración y relajación, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de afrontamiento al estrés, el entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas y diferentes técnicas de autocontrol (Godoy, 1998).

Boivin et al. (2001a), recomiendan que la intervención psicológica debe ir dirigida considerando las necesidades psicosociales de los pacientes de forma que puedan afrontar el proceso de la infertilidad disminuyendo el impacto de ésta en sus vidas y planteándose como propósito de la intervención ayudar a los pacientes a alcanzar una mejor calidad de vida.

En este sentido, Godoy (1999) plantea los programas de intervención comportamental-educativa basados en el modelo de competencias, que de acuerdo a Albee, 1982 y Costa y López, 1982 citado por Godoy), son estrategias de intervención destinadas a facilitar al individuo el aprendizaje de habilidades que le permitan disminuir el impacto de la enfermedad en sus vidas. Entre sus objetivos se encuentran (Godoy, 1999): el control de variables disposicionales o de riesgo: tales como, estrés, ansiedad, y depresión; la potenciación de recursos protectores o de resistencia: amor, optimismo, responsabilidad, entre otras; la generación de estilos de vida sanos: distribución del tiempo y disfrute del

tiempo libre; aprendizaje de competencias y habilidades básicas, tales como, relajación, autocontrol, solución de problemas y/o toma de decisiones, comunicación, relaciones sociales y búsqueda de apoyo social.

En relación a la calidad de vida, Veenhoven (1994 citado por Fernández y García, 1999) plantea que ésta es resultado de la interacción entre el individuo y sus condiciones sociomateriales de existencia. Por lo tanto, se supone que es susceptible de ser modificado y mejorado. Entre las estrategias propuestas para aumentar la calidad de vida se encuentran los programas dirigidos a las personas con la finalidad de conseguir un desarrollo óptimo de la autoestima, de la autoeficacia y de los sentimientos de dominio y control de los individuos (adquisición de estrategias de afrontamiento, habilidades de solución de problemas, asertividad, adquisición de habilidades sociales, etc.) y los programas orientados al ambiente dirigidos a la modificación de los aspectos relacionados al ambiente social, por ejemplo, el fortalecimiento de las redes de apoyo. (Evans, s.f. citado por Fernández y García, 1999).

Entre los procedimientos para aumentar la calidad de vida se encuentran Argyle (1993 citado por Fernández et al., 1999; Evans, 1994 citado por Fernández et al., 1999 y Rommey y Fry, 1994 citado por Fernández et al., 1999): pensar en hechos agradables, aumentar las actividades agradables, tener una buena relación con los demás y contar con sistemas de apoyo adecuados. Por lo tanto, los programas dirigidos a fomentar la calidad de vida tratarían de potenciar tanto el desarrollo de la autoeficacia y la autoestima, como mejorar el nivel general de funcionamiento por medio del entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

En relación al afrontamiento, de acuerdo a Rodríguez (1986), el afrontamiento está relacionado con la adaptación a la situación de enfermedad y con la calidad de vida. Se habla de afrontamiento siempre en relación con un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que le plantea su acontecer vital, y para restablecer el equilibrio perdido, esto es, para adaptarse a la nueva situación, consiguiendo el óptimo nivel posible de calidad de vida (Rodríguez, 1999).

El afrontamiento está asociado a la información que se tenga de la enfermedad (Rodríguez-Marín, 1999). En este sentido, Boivin et al., (2001b) afirman que el ofrecer

información (en forma escrita o digital como manual de autoayuda) a los pacientes con problemas de infertilidad es uno de los principales objetivos de intervención psicológica en estos pacientes, ya que ofrece los siguientes beneficios: ser de fácil acceso para los pacientes permitiéndoles revisarlo las veces que lo necesiten y en cualquier momento, además poder ofrecerlo a sus amigos y/o familiares para facilitar la comprensión del proceso que ellos están pasando.

En este sentido, Kazdin (1996) plantea que los manuales de autoayuda se han aplicado con efectividad en el tratamiento de adultos con una cantidad de problemas (tales como depresión, habilidades sociales, ansiedad, y problemas de pareja) ya que tiene ventajas importantes, tales como la posibilidad de proporcionar tratamiento a varios individuos y la posibilidad de mejorar la calidad de vida de un cierto número de personas que de otra forma no buscarían o recibirían tratamiento. Asimismo, el autor afirma que dichos manuales requieren cierto contacto con un profesional que guíe a los usuarios en su empleo con el propósito de aumentar la efectividad de los mismos, planteamientos que se consideran en la elaboración del presente programa.

La promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad, en términos de reducir el impacto del mismo en el individuo, no sólo debe contar con el ofrecimiento de información, ya que como mencionan Amigo, Fernández y Pérez, (2003) este procedimiento es una condición necesaria más no suficiente para el cambio conductual dado que pueden facilitar la motivación al cambio pero no proporcionan las habilidades necesarias para alterar o mantener el cambio conductual. En este sentido, la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad deben ir más allá, ofreciendo programas que incluyan estrategias que aumenten la calidad de vida del paciente.

Las conductas dirigidas a disminuir el impacto de la enfermedad implica dirigir al paciente a un estilo de vida más saludable que disminuya el impacto de la enfermedad, no como resultado de prescripciones, tales como, “no se preocupe”, “relájese”, etc., sino en función de intervenciones sistemáticas y programas específicos que no sólo abarquen el “qué” se debe hacer para lograr conductas adaptativas que permitan un afrontamiento adecuado a la enfermedad sino que además proponga el “como” hacerlo y “cuando” realizarlo, facilitando de esta forma la consecución de una adaptación funcional adecuada.

Llavona y Mora (2003) plantean entre las intervenciones psicológicas en la infertilidad, las preventivo-educativas, los cuales suelen ofrecerse a través de manuales de información-asesoramiento en sesiones grupales cuyo contenido incluye explicaciones accesibles e ilustradas sobre el proceso reproductor, así como información de las causas de infertilidad, de las técnicas de reproducción asistida, probabilidades de éxito, riesgos y posibles estados emocionales productos del tratamiento. Unido a esto, se incluyen estrategias para prevenir el malestar psicológico o estrategias sobre cómo afrontar las diversas situaciones que genera la infertilidad (Guerra, 1998 citado por Llavona y Mora, 2003).

Luske and Vace (1999) plantean que la intervención psicológica en parejas con infertilidad, debería incluir, entre otros, información y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, información sobre los procedimientos médicos y entrenamiento en comunicación asertiva en las parejas. Respecto al entrenamiento en asertividad, Taylor (1995 citado por Savitz-Smith, 2003) afirma que podría ayudar a las parejas a conocer sobre sus necesidades y preguntarse qué quiere el uno del otro.

Considerando la salud de acuerdo a lo planteado por Roales-Nieto (2004) como el equilibrio entre tres factores: organismo, conducta y ambiente (físico y social), en donde diversas formas de interacción de los individuos con su contexto (externo e interno) se traducen en comportamientos preventivos o de riesgo para su salud (Roales-Nieto, 2004), diversos estudios realizados en el área de la infertilidad afirman que entre las conductas de riesgo asociadas (baja tasa de embarazo, déficit en la calidad de vida, déficit en la adherencia al tratamiento) se encuentran la depresión, la ansiedad, la insatisfacción matrimonial y/o sexual y el estilo de afrontamiento evitativo.

Asimismo, los autores mencionados afirman que entre los factores protectores en el ajuste en el proceso de la infertilidad se encuentran el optimismo, la aceptación del problema de la infertilidad y la posibilidad de contar con apoyo social (Cohen y Wills, 1985, Aldwin, 1994 citado por Verhaak, Smeenk, Minnen, Kremer y Kraaimaat, 2005; Terry y Hynes, 1998 citado por Verhaak et al., 2005).

En este sentido, Amigo y Fernández (1998) consideran que la prevención consiste en aquellas intervenciones dirigidas a reducir o eliminar los comportamientos riesgosos

para el desarrollo de alguna enfermedad, mientras que las intervenciones referidas a la promoción tienen como objetivo adquirir y mantener comportamientos saludables, y por consiguiente, mejorar la calidad de vida.

El propósito del presente programa se dirige, tal como se puede deducir de las referencias expuestas, a se orienta hacia la adquisición por parte de la pareja o de los participantes de conductas destinadas a la disminución del impacto de la infertilidad en sus vidas y a maximizar la calidad de vida en los mismos. Específicamente, hacia el control y/o modificación de las conductas de riesgo (depresión, ansiedad, comunicación inadecuada en la pareja) y/o hacia la maximización de conductas que optimicen la calidad de vida (autocontrol, responsabilidad, búsqueda de apoyo social, comunicación y asertividad, distribución y disfrute del tiempo).

Todo ello dirigido a reducir patógenos conductuales asociados al proceso de infertilidad e instaurar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales, en términos de Matarazzo, con la finalidad de disminuir el impacto de la infertilidad en la pareja potenciando a su vez, conductas dirigidas a mejorar la calidad de vida en los mismos mediante distintas estrategias de afrontamiento.

En este sentido, se asume una visión de intervención participativa en donde se transmite a los participantes la necesidad de su cooperación en la puesta en marcha del programa. De esta forma, según Díaz, Comeche y Vallejo (2002) se obtienen las ventajas derivadas de la percepción de control interno que los sujetos poseen con respecto a las modificaciones que sufre su medio, las cuales han sido puestas de manifiesto por la psicología social y clínica.

En este marco, los programas de autocontrol se desarrollan con la finalidad de que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta, con la intención de que asuma progresivamente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal forma que sea capaz de ponerlo en marcha ante las situaciones que sea necesario, o de generalizar el uso de las técnicas en el afrontamiento de diferentes problemas (Díaz et al., 2002).

En el presente programa se asume el autocontrol, tal como es planteada por Díaz et al. (2002), como una habilidad entrenable que conforma un continuo, a lo largo del cual se

sitúa cualquier persona, en donde su manifestación es el resultado del conocimiento que el sujeto tiene acerca de las relaciones funcionales que controlan su comportamiento, en donde un aumento de dicho conocimiento llevaría a un incremento del autocontrol. Asimismo, se considera lo planteado por Kazdin (1996), como procedimientos de autocontrol aquellos en donde el paciente y/o cliente juega un papel activo y en ocasiones es la única en la administración del tratamiento.

El presente programa está dirigido a participantes en edades comprendidas entre los 25-45 años de edad, de nivel socio cultural técnico-universitario, nivel socio-económico medio a alto, de estado civil casado, con abortos previos entre 0 a 2, bajo TRA con una duración menor a los 2 años que asisten a Centros de Reproducción Asistida reconocidos por la Asociación Latinoamericana de Infertilidad. El programa va dirigido tanto a mujeres y hombres solos como a parejas, aunque se recomienda que en la última sesión asistan los dos miembros de la pareja.

II. OBJETIVOS GENERALES

1. Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a disminuir y/o controlar las conductas de riesgo asociadas a la infertilidad.
2. Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a maximizar conductas saludables y/o protectoras asociadas a la infertilidad.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los participantes adquieran información acerca de algunos aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad.
2. Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a controlar y/o disminuir conductas de depresión.
3. Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad.
4. Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a incrementar conductas de comunicación asertiva.

IV. ACTIVIDADES

En dirección a lo propuesto, el presente Programa de Intervención Psicológica: Afrontando la Infertilidad (PIP-AI) se dividirá en cuatro Módulos: Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI), Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD), Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA) y Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA). En las próximas secciones del programa se presentaran cada uno de ellos de forma detallada (Para facilitar el proceso de evaluación, el Programa de Intervención Psicológica se ha dividido de acuerdo a cada uno de los Módulos incluidos por separados en cada uno de los sobres entregados).

Es importante destacar que ante la presentación de cada una de las técnicas y de las instrucciones generales para su ejecución, se destacará en qué consisten las técnicas y los objetivos y/o beneficios de llevarlo a cabo con la finalidad de facilitar la adquisición y/o mantenimiento de dichas conductas. Asimismo, con el objetivo de facilitar no sólo la generalización de las conductas aprendidas sino también para facilitar el mantenimiento de la conducta generalizada, se instará a los participantes a ejercitar las estrategias fuera del ámbito clínico, denominados bajo el nombre de Tareas para la Casa (Cuaderno de Actividades), las cuales serán monitoreadas y revisadas por el psicólogo encargado de forma virtual a través de una página web diseñada para ello.

V. PROCEDIMIENTO Y TIEMPO

1. Aplicación del Módulo I: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI). Tiempo aproximado: 3 horas y 20 minutos aproximadamente, incluyendo un refrigerio de 20 minutos a la mitad de la sesión.
2. Aplicación del Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD). Tiempo aproximado: 3 horas aproximadamente, incluyendo un refrigerio de 20 minutos a la mitad de la sesión.
3. Monitoreo y/o seguimiento de forma virtual respecto a las actividades y/o tareas para la casa pertenecientes al Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD). Tiempo aproximado: Durante los seis días luego de la aplicación del Módulo II.

4. Aplicación del Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA). Tiempo aproximado: 3 horas aproximadamente, incluyendo un refrigerio de 20 minutos a la mitad de la sesión.
5. Monitoreo y/o seguimiento de forma virtual respecto a las actividades y/o tareas para la casa contenidas en el Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA). Tiempo aproximado: Durante los seis días luego de la aplicación del Módulo III.
6. Aplicación del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA). Tiempo aproximado: 3 horas aproximadamente, incluyendo un refrigerio de 20 minutos a la mitad de la sesión.
7. Monitoreo y/o seguimiento de forma virtual respecto a las actividades y/o tareas para la casa contenidas en el Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA). Tiempo aproximado: Durante los seis días luego de la aplicación del Módulo IV.

VI. RECURSOS GENERALES

A) MATERIALES

- 1 Computadora portátil.
- 1 Video-Beam.
- Cuestionarios AB-I (número ajustado al número de participantes).
- Lápices con goma de borrar (número ajustado al número de participantes).
- Creyones de color rojo y azul (Número ajustado al número de participantes).
- Manuales: Aspectos Básicos de la Infertilidad (ABI); Afrontando la Depresión (AD): (Manual del Participante y Cuaderno de Actividades); Afrontando la Ansiedad (AA): (Manual del Participante y Cuaderno de Actividades); y Comunicación Asertiva (CA): (Manual del Participante y Cuaderno de Actividades). (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con formato para la actividad “Sígale la pista a su estado de ánimo”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Aumente las actividades agradables”. (Número ajustado al número de participantes).

- Hojas con el formato para la actividad: “Definiendo objetivos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Pensamientos y Sentimientos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Usando el Método A-B-C-D-E”.
- Hojas con formato para la actividad “Entendiendo la Ansiedad” (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para las actividades: “¡A Relajarse!”: Tablas de Registro: Respiración Natural Completa, Estiramiento Tipo Yoga y Meditación. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Dígale ¡stop! a los pensamientos negativos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Evalúe la comunicación con su pareja” (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Expresando sentimientos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Solucionando problemas”. (Número ajustado al número de participantes).

B) HUMANOS

- Psicólogo(s).
- Médico especialista en Técnicas de Reproducción Asistida (En la primera sesión).

VII. TIEMPO GLOBAL

El programa se impartirá en 4 sesiones, un día a la semana, durante 4 semanas consecutivas. La aplicación de cada uno de los Módulos: Aspectos Básicos de la Infertilidad (MI-ABI), Afrontando la Depresión (MII-AD), Afrontando la Ansiedad (MIII-

AA) y Comunicación Asertiva (MIV-CA) tendrán una duración de tres horas aproximadamente cada uno.

VIII. EVALUACIÓN GLOBAL

- Pauta de Cumplimiento I: Cuando el 80% de los participantes logre puntuaciones más altas en el postest en comparación al pretest.
- Pauta de Cumplimiento II: Cuando se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación descrito en el Módulo II: Afrontando la Depresión (MII-AD).
- Pauta de Cumplimiento III: Cuando se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación descritos en el Módulo III: Afrontando la Ansiedad (MIII-AA).
- Pauta de Cumplimiento IV: Cuando se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación del Módulo IV: Comunicación Asertiva (MIV-CA).
- **Pauta de Cumplimiento Final**: Que por lo menos se cumplan tres de los criterios de evaluación descritos.

Referencias Bibliográficas.

- Arias, I. y House, A. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los problemas de pareja. En Caballo, V. (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1). Madrid: Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science y Medicine* 57: 2325-2341.
- Berghuis, J. y Stanton, A. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in fertile couples over an insemination. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 70: 433-438.
- Capafóns, J. y Sosa, D. (1998). Un programa estructurado para el tratamiento de los problemas de pareja. En Caballo, V. (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1). Madrid: Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Costa, M. y Serrat, M. (2001). *Terapia de parejas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Daniluk, J. (1991). Strategies for counseling infertile couples. *Journal of Counseling y Development* 69 (1): 317-320.
- Demyttenaere, K.; Nijs, P.; Evers-Kiebooms, G. y Koninckx, P. (1992). The influence of personality characteristic and stress responses on the outcome of in vitro fertilization. *Psychoneuroendocrinology* 17 (5): 655-665.
- Dolz, P. y García, A. (2002). Incidencia positiva de los programas de apoyo psicológico en los tratamientos de reproducción asistida. [Documento en línea]. Disponible en: psicomed.es@telefonica.net
- Domar, A.; Broobe, A. y Zuttermeister, P. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile couple. *Fertility and Sterility* 58 (9): 1158-1163.
- Domar, A.; Clapp, D.; Slawsby, E.; Kessel, B. y Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress infertility women. *Health Psychology*, 19 (4): 568-575.

- Domar, A.; Seibel, M. y Benson, H. (1990). The mind/body program for infertility: A new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 58 (1): 144-147.
- Domar, A. y Lesch, K. (2004). *Conquering Infertility. Dr. Alice Domar's Mind/body guide to enhancing fertility and coping with infertility*. New York: Penguin Group.
- Facchinetti, F.; Matteo, M.; Artini, G.; Volpe, A. y Genazzani, A. (1997). An increased vulnerability to stress is associated with poor outcome of in vitro fertilization embryo transfer treatment. *Fertility and Sterility* 67 (3): 309-314.
- Facchinetti, F.; Tarabusi, M. y Volpe, A. (2004). Cognitive-behavioral treatment decreases vascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology* 29: 162-173.
- Fava, G.; Bartolucci, G.; Rafanelli, C.; Manganelli, L. (2001). Cognitive-behavioral management of patients with bipolar disorder who relapsed while on lithium prophylaxis. *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (4): 556-559.
- Feliu, M. y Güell, M. (1992). *Relación de pareja. Técnicas para la convivencia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. En Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. (pp. 21-47). Madrid: Síntesis Psicología.
- Fekkes, M.; Buitendijk, S.; Verrips, G.; Braat, D.; Brewaeys, A.; Dolfing, J.; Kortman, M.; Leerentveld, R. y Macklon, N. (2003). Health-related quality of live in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction* 18 (7): 1536-1546.
- Freeman, A. y Ester, C. (2002). Terapia Cognitiva de la depresión. En Caballo, V. (ed). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (vol. 1, pp. 543-574). (2ª Ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Fritzen, S. (1993). *Ejercicios Prácticos de Dinámica de Grupo* (Cuña, V. Traductor). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes Ltda. (Trabajo original publicado en 1981).

- Gallinelli, A.; Roncaglia, R.; Matteo, M.; Ciaccio, I.; Volpe, A. y Facchinetti, F. (2001). Immunological changes and stress are associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization embryo transfer. *Fertility and Sterility* 76 (1): 85-91.
- Guevara, M. (1995). *Gerencia de Servicios Psicológicos. Una estrategia para la formulación de programas*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.
- Greil, A.; Leitko, T. y Porter, K. (1988). Infertility: his and hers. *Gender and Society* 2 (1): 172-199.
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45 (11): 1679-1704.
- Guerra, D. (2002). *Cómo afrontar la Infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Guerra, D.; Llobera, A.; Veiga, A. y Barri, P. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13 (6): 1733-1736.
- Hunt, J. y Monach, J. (1997). Beyond the bereavement model: the significance of depresión for infertility counselling. *Human Reproduction*, 2 (2), 188-194.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Myers, L. y Wark, L. (1996). Psychotherapy for infertility: a cognitive-behavioral approach for couples. *The American Journal of Family Therapy* 24 (1): 9-20.
- Laffont, I. y Edelman, R. (1994). Perceived support and counselling needs in relation to in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecological* 15: 183-188.
- Lalos, A.; Lalos, O.; Jacobson, L y Von Schoultz, B. (1985). The Psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta Obstetric et Ginecológica Scandinavica* 64 (5): 599-604.
- Lazarus, R. Y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.

- Lemmens, G.; Vervaeke, M.; Enzlin, P.; Bakelants, E.; Vanderschueren, D.; Hooghe, T. y Demyttenaere, K. (2004). Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction* 19 (8):1917-1923.
- Lentner, E. y Glazer, G. (1991). Infertile couples perceptions of infertility support-group participation. *Health Care Women International* 12: 317-330.
- Liberman, R., Wheeler, E., De Visser, L., Kuehnel, J. y Kuehnel, T. (1987). Manual de Terapia de Pareja. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Lewinsohn, P., Gotlib, I. y Hautzinger. (2002). Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. En Caballo, V. (ed). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (vol. 1, pp. 493-541). (2ª Ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Llavona, L. y Mora, R. (2003). Atención psicológica a las parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En Ortigosa, J., Quiles, M. y Xavier, F (Eds.). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. (pp. 287-304). Madrid: Ediciones Pirámide.
- McNaughton-Cassioil, M.; Bostwick, M.; Vanscoy, S.; Arthur, N.; Hickman, T.; Neal, G. (2000). Development of brief stress management support groups for couples in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility* 74 (1): 87-93.
- Moreno, C (s.f.). Ansiedad y Depresión: Principales Trastornos Asociados a la Infertilidad. Recuperado el 10 de Agosto de 2004, de http://psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_f.htm.
- Palacios, E. y Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. [Revista en Línea] 38 (2). Consultado el 13 de Agosto de 2004 en: <http://www.scielo.cl>
- Palacios, E.; Jadresic, E.; Palacios, F.; Miranda, C. y Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. [Revista en Línea] 67 (1). Consultado el 13 de Agosto de 2004 en: <http://www.scielo.cl>

- Pasch, L.; Dunkel-Schetter, C. y Christensen, A. (2002). Differences between husbands and wives approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility* 77: 1241-1247.
- Pérez, E (2002). *Atención Integral de La Infertilidad: Endocrinología, cirugía y reproducción asistida*. México: Mc Graw Hill- Interamericana.
- Peterson, B.; Newton, C.; Rosen, K. y Schulman, R. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*. 55: 227-239.
- Rehm, L. (1998). Métodos de Autocontrol. En Caballo, V. (ed). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp. 655-683). (4ª ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Sandelowski, M. (1987). The color gray: ambiguity and infertility. *Image Journal of Nursing Scholarship* 19: 70-74.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck [Versión electrónica], *Anales de Psicología*, 9 (2), 133-170.
- Schmidt, L.; Holstein, B.; Boivin, J.; Tjornhoj-Thomsen, T.; Blaabjerg, J.; Hald, F. y Andersen, A. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: Findings from the Copenhagen Multi-Centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction* 18: 2638-2646.
- Schmidt, L.; Holstein, B.; Christensen, U. y Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling* 59: 244-251.
- Schmidt, L.; Tjornhoj-Thomsen, T.; Boivin, J. y Andersen, A. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling* 59: 252-262.
- Sierra, J., Buéla-Casal, A. y Sánchez, A. (2004). Evaluación y tratamiento de los problemas de pareja. En Buéla-Casal, G., y Sierra, J. (Eds.). *Manual de Evaluación de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L.

Stanton, A. (1992). Downward comparison in infertile couples. *Basic Applied Social Psychological* 13: 389- 403.

Valentine, D. (1986). Psychological impact of infertility: identifying issues and needs. *Social Work in Health Care* 11 (1): 61-69.

Whiteford, L. y Gonzalez, L. (1995). Stigma: the hidden burden of infertility. *Social Science y Medicine* 40 (1): 27-36.

ANEXO 2. SUBPROGRAMA MÓDULO I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFERTILIDAD (MI-ABI)

MÓDULO I: ASPECTOS BÁSICOS ASOCIADOS A LA INFERTILIDAD

I. INTRODUCCIÓN

La infertilidad es considerada un problema de salud reproductiva cuyo diagnóstico y tratamiento comprende aspectos biológicos y psicológicos. Las tasas de incidencia de la misma, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2006), se estiman alrededor del 8% y el 10% de las parejas a nivel mundial. Según el género, la infertilidad se asocia en un 40% de los casos con el sexo femenino, en un 40% al sexo masculino y asociado a ambos miembros de la pareja en un 20%.

De acuerdo a Rodríguez-Marín (1999), el afrontamiento ante la enfermedad está asociado a la información que se tenga de la misma. En este sentido, Amigo, Vázquez y Pérez (2003) afirman que generalmente los médicos aportan menos información de la necesaria y que los pacientes, en muchas ocasiones, comprenden de forma insuficiente o errónea la información que reciben. De acuerdo a Godoy, Sánchez y Muela, 1994; Pérez y Martínez, 1984 citados por Amigo et al., 2003) se ha comprobado que, como promedio, los pacientes sólo son capaces de recordar, incluso minutos luego de la cita médica, el 50% de la información que reciben; además, más del 80% de los pacientes desea más información de la que dispone y están insatisfechos con la recibida.

Así, ofrecer información es uno de los principales objetivos de intervención psicológica en estos pacientes. Esta información debe relacionarse a las dimensiones biológicas y psicosociales de la infertilidad que faciliten la comprensión de los pacientes de su problema de infertilidad. Respecto a los aspectos biológicos, brindar información acerca del funcionamiento del aparato reproductor, de las causas de la infertilidad y de los tratamientos de la infertilidad con sus probabilidades de éxito asociada con la finalidad de romper con la idealización de los resultados de las técnicas de reproducción asistida (Boivin et al., 2001b).

En relación a los aspectos psicosociales, informar a los pacientes acerca de las conductas más comunes al proceso de infertilidad (ansiedad, depresión, rabia, culpa, aislamiento,

entre otros), información del posible impacto de la infertilidad en el área sexual y social de la pareja, así como información acerca de estrategias para afrontarlos (Boivin et al., 2001b).

Por lo mencionado anteriormente, se ha diseñado el presente Módulo con la finalidad de ofrecer una información general sobre los aspectos biológicos y psicológicos asociados a la infertilidad.

II. OBJETIVO GENERAL

- Que los participantes adquieran información acerca de los aspectos biopsicológicos asociados a la infertilidad.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los participantes identifiquen algunas partes de la anatomía y procesos básicos de la fisiología del aparato reproductor humano.
2. Que los participantes identifiquen conceptos asociados a la infertilidad y las posibles causas de la misma.
3. Que los participantes distingan las distintas técnicas de reproducción asistida, probabilidad de éxito asociada y efectos secundarios.
4. Que los participantes identifiquen las conductas más frecuentes ante la infertilidad.
5. Que los participantes señalen el papel del psicólogo en la infertilidad.
6. Que los participantes identifiquen las distintas alternativas para construir una familia.

IV. ACTIVIDADES

El módulo constará de una sesión de 3 horas y 30 minutos aproximadamente con un intermedio de 20 minutos dedicado a un refrigerio. Dicho módulo se basará en exposiciones orales con ayuda del video-beam por parte de los profesionales encargados (psicólogos y/o médicos especialistas en técnicas de reproducción asistida). Los participantes tendrán la oportunidad de plantear dudas e inquietudes respecto a la información brindada durante el módulo. Además, se aplicará una prueba antes (línea base) y después de presentada la exposición con la finalidad de medir el nivel de información en los participantes,

comparando el nivel obtenido en los distintos momentos como patrón de rendimiento para evaluar el logro de los objetivos.

V. PROCEDIMIENTO Y TIEMPO

1. Presentación del psicólogo y del médico especialista. Saludo de bienvenida a los participantes. Tiempo aproximado: 5 minutos.
2. Presentación de los participantes. Dinámica de Grupo de Presentación¹. Tiempo estimado: 20 minutos.
3. Expectativas de los participantes sobre el programa de afrontamiento a la infertilidad. Tiempo aproximado: 10 minutos.
4. Presentación del Módulo y de los objetivos del mismo. Tiempo estimado: 10 minutos.
5. Entrega a cada uno de los participantes del Cuestionario Aspectos Básicos de la Infertilidad (AB-I). Tiempo estimado: 5 minutos.
6. Elaboración por parte de cada uno de los participantes del Cuestionario AB-I. Tiempo estimado: 15 minutos.
7. Recolección de los cuestionarios AB-I. Tiempo estimado: 5 minutos.
8. Presentación oral con ayuda del video-beam por parte del médico especialista y/o psicólogo acerca de los aspectos biológicos asociados a la infertilidad. Tiempo estimado: 20 minutos.
9. Preguntas (por parte de los participantes) y respuestas (por parte del expositor) respecto a la información de los aspectos biológicos asociados a la infertilidad. Tiempo estimado: 10 minutos.
10. Refrigerio: Un espacio de tiempo en donde se brinda un pequeño refrigerio dirigido a ofrecer descanso y esparcimiento a los participantes, en donde, podrán además aprovechar para conversar entre ellos. Tiempo estimado: 20 minutos.

¹ Tomado de Fritzen, S. (1993). *Ejercicios Prácticos de Dinámica de Grupo* (Cuña, V. Traductor). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes Ltda. (Trabajo original publicado en 1981).

11. Presentación oral con ayuda del video-beam por parte del psicólogo acerca de los aspectos psicológicos asociados a la infertilidad. Tiempo estimado: 20 minutos.
12. Preguntas (por parte de los participantes) y respuestas (por parte del Psicólogo) respecto a la información de los aspectos psicológicos asociados a la infertilidad. Tiempo estimado: 10 minutos.
13. Entrega a cada uno de los participantes del Cuestionario Aspectos Básicos de la Infertilidad (AB-I). Tiempo estimado: 5 minutos.
14. Elaboración por parte de cada uno de los participantes del Cuestionario AB-I. Tiempo estimado: 15 minutos.
15. Recolección de los cuestionarios AB-I. Tiempo estimado: 5 minutos.
16. Entrega de los Manuales Aspectos Básicos de la infertilidad (M-ABI): Manual del Participante y Cuaderno de Actividades. Tiempo estimado: 5 minutos.
17. Presentación de la tarea para la casa (revisar el manual y anotar las dudas y/o inquietudes para plantearlas en la siguiente sesión) y la importancia de su realización. Tiempo estimado: 10 minutos.
18. Ofrecer información preliminar acerca de la próxima sesión y de la importancia de la asistencia al mismo. Tiempo estimado: 10 minutos.
19. Agradecimiento por parte del psicólogo dirigido hacia el médico especialista y a los participantes por su colaboración y asistencia. Tiempo estimado: 5 minutos.

VI. RECURSOS

A) MATERIALES

- 1 Computadora portátil.
- 1 Video-Beam.
- Cuestionarios AB-I (número ajustado al número de participantes).
- Lápices con goma de borrar (número ajustado al número de participantes).
- Manuales: Aspectos Básicos de la Infertilidad (M-ABI): Manual del Participante y Cuaderno de Actividades (número ajustado al número de participantes).

B) HUMANOS

- Psicólogo(s).
- Médico especialista en Técnicas de Reproducción Asistida.

VII. TIEMPO TOTAL

El módulo constará en una sesión de 3 horas y 20 minutos aproximadamente.

VIII. EVALUACIÓN

- Pauta de Cumplimiento: Cuando el 80% de los participantes logre puntuaciones más altas en el postest en comparación al pretest.

ANEXO 3: SUBPROGRAMA MÓDULO II: AFRONTANDO LA DEPRESIÓN (MII-AD).

MÓDULO II: AFRONTANDO LA DEPRESIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La infertilidad y su tratamiento tienen un impacto considerable en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Fekkes et al., 2003). Varios investigadores indican que la infertilidad es la experiencia más devastadora en la vida de las parejas (Freeman, Boxer, Rickels, Tureck, Mastroiani, 1985; Mahlstedt, Macduff y Bernstein, 1987 citados por Fekkes et al., 2003).

Estudios controlados afirman que la incidencia de la depresión en parejas con infertilidad es significativamente mayor que en el promedio de la población general (Wright, Bissonette, Duchsne, 1991 citados por Hunt y Monach, 1997; Merari, Feldberg, Elizur, 1992 citados por Hunt y Monach, 1997; Hynes, Callan, Terry y Gallois, 1992 citados por Hunt et al., 1997; Domar, Broobe, Zuttermeister, 1992). Asimismo, evidencias recientes plantean que los niveles de depresión en parejas con problemas de infertilidad son similares a pacientes con enfermedades físicas crónicas tales como el cáncer (Domar, Zuttermeister y Freidman, 1993 citados por Hunt et al., 1997).

Diversos estudios en el área de la infertilidad afirman que tanto mujeres (en mayor porcentaje) como hombres reportan haber experimentado depresión durante el tratamiento de la infertilidad (Mahlstedt, MacDuff y Bernstein, 1987; citados por Greil, 1997). Entre las conductas asociadas se encuentran ira, culpa, frustración, tristeza, desesperanza (Klerk et al., 2005 citados por Greil, 1997), sensación de pérdida de control, percepción de la infertilidad como foco central de la identidad, sensación de incompetencia, ambigüedad, sentimientos de alienación del “mundo fértil”, inmersión en el tratamiento abandonando otras actividades importantes de la cotidianidad y sensación de estigmatización social (Miall, 1985 citados por Greil, 1997; Lalos, Jacobson y Von Schoult, 1985; Woollet, 1985; Miall, 1986 citado por Greil, 1997; Valentine, 1986; Sandelowski, 1987; Mahlstedt, MacDuff, Bernstein, 1987 citados por Greil, 1997; Olshansky, 1987 citado por Greil, 1997; Greil, Leitko y Porter, 1988; Sandelowski, Holditch y Harris, 1990 citados por Greil, 1997;

Sandelowski, 1993 citado por Greil, 1997; Greil, 1991 citado por Greil, 1997; Becker, 1994 citado por Greil, 1997; Whiteford y González, 1995; Greil, 1997).

De acuerdo a Pérez (2002), la depresión es una de las conductas más frecuentes en parejas con problemas de infertilidad, en donde se estima que 1 de cada 6 personas experimente conductas de depresión durante el proceso de la infertilidad. La infertilidad puede conllevar a conductas de depresión dado el significado implícito de la misma: Pérdida de la salud debido al déficit de la capacidad reproductiva, pérdida de un sueño, pérdida de control sobre la natalidad, deterioro de la relación con amigos y/o familiares fértiles, pérdida del entusiasmo por actividades que antes les resultaba agradable y pérdida de la seguridad, ya que al ser un tratamiento prolongado, las prioridades previas de la pareja pasan a segundo plano, entre ellas, las laborales, repercutiendo en el área económica.

Por otro lado, la calidad de la relación conyugal también puede deteriorarse al culpabilizarse mutuamente. Esto aunado a la pérdida de privacidad de un evento considerado íntimo, el acto sexual, podría ser otro factor de riesgo para la calidad de la relación (Pérez, 2002).

Por lo mencionado anteriormente, existen muchos factores de riesgo asociados a la conducta de depresión en el proceso de la infertilidad, por lo que resulta fundamental su afrontamiento, esto por medio de la adquisición de habilidades o estrategias que le permitan a la pareja modificar las conductas de depresión. Esto bajo una perspectiva psicoeducativa de información y práctica de conductas que les permita a los participantes desarrollar un rango de estrategias de afrontamiento para las exigencias implícitas en el proceso de infertilidad desde un enfoque cognitivo-conductual de colaboración con el propósito de facilitar una sensación de eficacia y contrarrestar las atribuciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, en línea a lo planteado por Freeman y Ester (2002), basado en la teoría cognitiva de la depresión de Beck y Ellis, en la teoría de autocontrol de la depresión de Rehm y el modelo multifactorial de Lewinsohn.

Desde la perspectiva cognitiva de la depresión se asume el Modelo de Diátesis-Estrés (Freeman y Ester, 2002), el cual afirma que los acontecimientos de la vida, los pensamientos, las conductas y los estados de ánimo se retroalimentan recíprocamente en un complejo proceso de procesamiento de información y de regulación conductual. En este sentido, de acuerdo a Beck, Rush, Shaw y Emery (1979 citado por Sanz, 1993), las

personas deprimidas tienden a procesar la información de forma distorsionada que implican una pérdida (p.ej., pérdida de la salud reproductiva) o deprivación (p.ej., ausencia de un embarazo) valorando excesivamente esos sucesos negativos, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, mostrando así lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: visión negativa del yo, del mundo y del futuro.

Hunt y Monach (1997) mencionan, a modo de ejemplo, algunos errores en el pensamiento reportados por parejas con problemas con infertilidad: la sobregeneralización (“si yo no puedo ser madre de un hijo no seré una mujer completa”), la abstracción selectiva (“yo no puedo tener una relación sexual apropiada porque mi espermograma es irregular”), magnificación y/o minimización (“mi esposa no puede disfrutar el sexo conmigo si yo no soy fértil”; “mi esposo me dice que me ama porque siente lástima por mi”), personalización (“el doctor dice que ella no está ovulando, tal vez, sea por mis problemas en el esperma”), inferencia arbitraria (“si yo hubiera tenido pocas relaciones sexuales en el pasado yo sería una persona fértil”).

De igual forma, se presentan errores en el pensamiento relacionados a la sociedad en que vivimos en donde se espera que una vez reunidos en parejas es un “deber” tener hijos, se dogmatiza la fertilidad, por lo que pueden presentarse pensamientos tales como, “debo ser una madre, sino no seré realmente una mujer”, “debo ser madre para ser amada y aceptada por todos”, “si yo no puedo tener un hijo no seré valorado(a) como persona”, “tengo que ser padre para demostrar mi hombría” (Hont et al., 1997).

A este respecto, Domar y Lesch (2002) plantean la existencia de pensamientos erróneos disfuncionales, tales como, “yo nunca tendré un bebé”, “No puedo quedar embarazada porque Dios cree que seré una mala madre”, “todo esto es mi culpa, por eso no podemos tener un hijo”, los cuales, según las autoras pueden influir negativamente en las emociones influyendo a su vez en la salud física por lo que es necesario una reestructuración cognitiva con la finalidad de interrumpir este ciclo.

En este sentido, varios investigadores (Domar, Siebel y Benson, 1990; Domar et al., 2000; Guerra, 2000; McNaughton-Cassil et al., 2000; Dolz y García, 2002; Domar et al., 2002; Fekkes et al., 2003) plantean la necesidad de aplicar técnicas de reestructuración cognitiva con la finalidad de modificar estos pensamientos, considerando la retroalimentación existente entre el afecto, la conducta observable y los pensamientos.

Así, en el presente programa, en primera instancia, se ofrecerá información respecto a las conductas y/o síntomas más frecuentes asociada a la depresión y se realizará un ejercicio con la finalidad de que los participantes experimenten (prueba de realidad) la relación existente entre la conducta y el estado de ánimo. En este sentido, Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (2002) plantean la importancia de que los pacientes comprendan esta relación, ya que cuando están deprimidos suelen concentrarse en los eventos negativos de la vida y obviar a los positivos, por lo que este ejercicio facilitará la atención hacia los eventos positivos y permitirá observar la relación existente entre los eventos positivos y el estado de ánimo.

Asimismo, se impartirán técnicas destinadas a que los participantes consideren los pensamientos valorativos como hipotéticas y por lo tanto sujetas a comprobación, generen pensamientos alternativos más adaptativos, precisos o útiles y emplearlos como base para la acción, empleando la técnica Racional Emotiva de Ellis.

Desde el Modelo de Autocontrol de la depresión, se propone el modelo de Kanfer (1977) propuesto por Remh (2002). De acuerdo a este modelo, la conducta de las personas deprimidas o vulnerables a la depresión se caracteriza por alguna alteración asociada a la combinación en las conductas de autocontrol (autoobservación, autoevaluación y autorecompensa). Así, de acuerdo a Remh (2002), en la autoobservación, las personas deprimidas atienden selectivamente los acontecimientos negativos y a las consecuencias inmediatas a su conducta y, tienen dificultad para centrarse en la gratificación demorada de una conducta que requiere de más esfuerzo. En este sentido, se seleccionan técnicas y/o estrategias destinadas a la observación, tales como el registro de actividades y estado de ánimo.

En segundo lugar, según Remh (2002), en la autoevaluación las personas deprimidas tienden a establecer patrones perfeccionistas representados muchas veces por objetivos del “todo o nada” (la conducta es perfecta o es un fracaso) y realizar atribuciones internas, estables y globales en el caso de acontecimientos negativos y atribuciones externas, inestables y específicas en el caso de los eventos positivos. En este sentido, se seleccionan técnicas y/o estrategias destinadas a la autoevaluación, tales como, definición de objetivos y la valoración posterior de su consecución.

En tercer lugar, en la autorecompensa las personas deprimidas se administran recompensas contingentes insuficientes necesarias para mantener sus conductas adaptativas, lo cual explica, en parte, las bajas tasas de conducta manifiesta, el bajo nivel de actividad general y el déficit en la persistencia. Además, se administran un autocastigo excesivo, lo que suprime la potencial conducta productiva al principio de una cadena de respuestas, produciéndose como consecuencia una inhibición excesiva (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 2002). En este sentido, se seleccionan técnicas y/o estrategias destinadas a la autorecompensa, tales como identificación de recompensas y programación de las mismas.

Empleando este modelo se desarrolla en el programa estrategias de autocontrol² destinadas a enseñar a los participantes a controlar y/o modificar su propia conducta con el propósito de atender acontecimientos positivos de la vida (observación de la relación entre conducta y estado de ánimo, aumento de las actividades agradables) y prever metas a largo plazo, a establecer objetivos realistas y a promocionar las autorecompensas. Asimismo, se promoverá la realización de tareas para la casa con la finalidad de generar el cambio en las situaciones naturales de la persona, además de ofrecer información respecto a los principios básicos de la conducta.

Desde el modelo integral de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985 citado por Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 2002) se asume que la depresión es el producto de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones, considerando los factores situacionales como “desencadenantes” y los factores cognitivos como “moderadores” de los efectos del ambiente.

Empleando este modelo se emplearán en el presente programa técnicas y/o estrategias destinadas a cambiar la calidad y cantidad de las interacciones de los participantes con sus entornos, impartiendo tácticas cognitivas y conductuales que les permitan controlar y reducir la intensidad y la frecuencia de los acontecimientos aversivos y a aumentar su tasa de implicación en actividades positivas de la vida, tales como, registro de estado de ánimo y actividades, aumento de la frecuencia de las actividades agradables,

² Se consideran estrategias de autocontrol, lo planteado por Kazdin (1996), en tanto se refieren a principalmente aquellas estrategias en las cuales los participantes juegan un papel activo y en ocasiones son las que se autoadministran el tratamiento.

programación del tiempo, desarrollo de objetivos específicos, elaboración de un sistema de autorecompensas y reestructuración cognitiva³.

De esta forma *se asume los tres modelos considerados por el presente programa de una forma integral y no desde una perspectiva mutuamente excluyente* con el propósito de ofrecer estrategias de afrontamiento necesarios para modificar y/o controlar las conductas de depresión en los participantes. Asimismo, considerando que las conductas de depresión se encuentran funcionalmente relacionadas se puede prever que las distintas técnicas y/o estrategias a aplicar modifiquen los distintos parámetros asociados a las mismas tomando en cuenta la interrelación de los tres sistemas de respuesta asociado a la depresión (fisiológico, cognitivo y conductual).

Como se podrá observar es una intervención psicoeducativa dirigida a la adquisición y/o potenciación de repertorios de conducta de autocontrol divididas en tres fases: fase de información, fase de entrenamiento impartidas durante el Taller y la fase de aplicación realizadas fuera del ámbito clínico. Por último, considerando la posibilidad de la recurrencia de las conductas de depresión, se ofrecerán ciertos lineamientos a seguir para prevenir las recaídas.

II. OBJETIVO GENERAL

- Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinadas a controlar y/o disminuir conductas de depresión.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los participantes identifiquen la relación entre conducta y estado de ánimo.
2. Que los participantes aumenten la frecuencia de actividades que les agraden.
3. Que los participantes planifiquen el tiempo con antelación.
4. Que los participantes definan objetivos en términos específicos, positivos, realistas y bajo control propio.
5. Que los participantes identifiquen la relación entre pensamientos y estado de ánimo.

³ El modelo integral de Lewinsohn y cols., (1985) abarca además otras técnicas, tales como, las técnicas de relajación, control del pensamiento y entrenamiento en habilidades sociales. Las dos primeras se abordarán en el Manual III: Afrontando la Ansiedad, y la última en el Módulo IV: Comunicación Asertiva por razones pedagógicas y en consideración de las características de la población ya mencionados (conjunto de personas a las cuales va dirigida dicho programa: parejas con problemas de infertilidad bajo TRA) y de la unidad de análisis (sujetos concretos a quienes va dirigido el presente programa, ya mencionados: parejas que asisten en un lapso de tiempo menor a los dos años a los Centros de Reproducción Asistida reconocidas por la Asociación Latinoamericana de Infertilidad, en edades comprendidas entre los 25-45 años de edad, nivel socio cultural técnico-universitario, de nivel socioeconómico medio a alto, estado civil casados con abortos previos de 0 a 1) y, por la alusión de distintos autores especializados.

6. Que los participantes modifiquen sus pensamientos negativos.

IV. ACTIVIDADES

1. Entendiendo la Depresión.
2. Aumentando las actividades agradables.
3. Programación diaria.
4. Definiendo objetivos.
5. Pensamientos y sentimientos.
6. Usando el método A-B-C-D-E.

V. PROCEDIMIENTO Y TIEMPO

1. Presentación de la sesión ofreciendo información respecto a qué consiste, los objetivos planteados y como se llevará a cabo. Tiempo estimado: 5 minutos.
2. Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior, escuchando activamente y ofreciendo información respecto a las dudas e inquietudes de los participantes, a su vez promoviendo el intercambio de opiniones y experiencias de los participantes. Tiempo estimado: 10 minutos.
3. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de las conductas características de la depresión. Tiempo estimado: 2 minutos.
4. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de la relación existente entre estado de ánimo y conducta. Tiempo estimado: 5 minutos.
5. Realización por parte de los participantes de la actividad: “Siga la pista a su estado de ánimo”. Tiempo estimado: 10 minutos.
6. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
7. Presentación oral por parte del psicólogo de algunos aspectos básicos asociados a la implementación de actividades agradables (importancia, tipos, lineamientos generales). Tiempo estimado: 5 minutos.
8. Realización por parte de los participantes de la actividad: “Aumente las actividades agradables”. Tiempo estimado: 10 minutos.
9. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.

10. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de aspectos asociados a la programación diaria (importancia, formatos, planificación gradual, y elaboración de un sistema de autorecompensas). Tiempo estimado: 10 minutos.
11. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
12. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de algunas pautas para la definición de objetivos. Tiempo estimado: 5 minutos.
13. Elaboración por parte de los participantes de la actividad “Definiendo objetivos”. Tiempo estimado: 10 minutos.
14. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
15. Refrigerio: Un espacio de tiempo en donde se brinda un pequeño refrigerio destinado a ofrecer descanso y esparcimiento a los participantes, en donde podrán además, aprovechar para conversar entre ellos. Tiempo estimado: 20 minutos.
16. Realización por parte de los participantes de la actividad “Pensamientos y Sentimientos”. Tiempo estimado: 10 minutos.
17. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
18. Presentación oral por parte del psicólogo de algunos tipos de pensamientos erróneos y/o negativos. Tiempo estimado: 5 minutos.
19. Presentación oral por parte del psicólogo del método A-B-C-D-E de modificación de pensamientos. Tiempo estimado: 10 minutos.
20. Preguntas por parte de los participantes y respuesta por parte del psicólogo respecto a la técnica presentada. Tiempo estimado: 5 minutos.
21. Elaboración por parte de los participantes de la actividad “Usando el Método A-B-C-D-E”. Tiempo estimado: 10 minutos.
22. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
23. Presentación oral por parte del psicólogo de algunas recomendaciones ante las recaídas. Tiempo estimado: 5 minutos.

24. Ofrecer información preliminar acerca de la próxima sesión y de la importancia de la asistencia al mismo. Tiempo estimado: 10 minutos.
25. Entrega de los Manuales Afrontando la Depresión (M-AD): Manual para participantes y Cuadernos de Actividades. Tiempo estimado: 2 minutos.
26. Ofrecer información acerca de las actividades a realizar en casa contenidos en el Cuaderno de Actividades (Siguiéndole la pista al estado de ánimo, Aumentando las Actividades Agradables, Programación Diaria, Programación Gradual, Definiendo Objetivos, Modificando los Pensamientos) y la importancia de realizarlos. Tiempo estimado: 15 minutos.
27. Ofrecer información específica acerca de la página web destinada para el monitoreo y/o seguimiento de las tareas para la casa, en qué consiste y la importancia de participar activamente en la página. Tiempo estimado: 15 minutos.
28. Preguntas por parte de los participantes y respuesta por parte del psicólogo acerca de las actividades a realizar en casa. Tiempo estimado: 10 minutos.
29. Agradecimiento por parte del psicólogo dirigido a los participantes por su colaboración y asistencia. Tiempo estimado: 2 minutos.

VI. RECURSOS

A) MATERIALES

- 1 Computadora portátil.
- 1 Video-Beam.
- Lápices con goma de borrar (Número ajustado al número de participantes).
- Creyones de color rojo y azul (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con formato para la actividad “Relación entre estado de ánimo y conducta”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Aumente las actividades agradables”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Definiendo objetivos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Pensamientos y Sentimientos”. (Número ajustado al número de participantes).

- Hojas con el formato para la actividad: “Usando el Método A-B-C-D-E”.
- Manuales: Afrontando la Depresión (M- AD): Manual para participantes y Cuaderno de Actividades (Número ajustado al número de participantes).

B) HUMANOS

- Psicólogo(s).

VII. TIEMPO TOTAL

El módulo constará de una sesión de tres horas y treinta minutos aproximadamente.

VIII. EVALUACIÓN

- Pauta de Cumplimiento I: Que todos los participantes sigan las instrucciones dadas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Siga la pista a su estado de ánimo” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para la actividad como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento II: Que todos los participantes sigan las instrucciones dadas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Aumente las actividades agradables” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento III: Que el 80% de los participantes asista a la sesión “Programación Diaria” y realicen una planificación del tiempo como asignación para la casa siguiendo las instrucciones descritas en el Manual para llevarla a cabo.
- Pauta de Cumplimiento IV: Que todos los participantes sigan las instrucciones dadas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Definiendo objetivos” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual de la actividad como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento V: Que todos los participantes sigan las instrucciones emitidas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Pensamientos y Sentimientos” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para su ejecución como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento VI: Que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas por el en la ejecución de la actividad “Usando el Método A-B-C-D-E”

durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en el Manual para su realización como asignación para la casa.

- Pauta de Cumplimiento VII: Que todos los participantes envíen al menos un comentario (sugerencia, duda, inquietud, observación o acotación) a la página web respecto a cada una de las actividades del MII-AD y envíen las tareas para la casa dentro del lapso establecido.

- Pauta de Cumplimiento Total: Que se cumplan por lo menos cinco de los criterios de evaluación descritos.

ANEXO 4. SUBPROGRAMA MÓDULO III: AFRONTANDO LA ANSIEDAD (MIII-AA)

MÓDULO III: AFRONTANDO LA ANSIEDAD

I. INTRODUCCIÓN

Tanto el diagnóstico de los problemas de infertilidad como su tratamiento suponen una fuente de estrés importante. El estrés y los problemas de ansiedad asociados, tienen su origen, generalmente, primero, en la sensación de pérdida de control sobre una faceta de la vida de las personas que se da por sobrentendida, la capacidad reproductiva. Segundo, por lo impredecible de los acontecimientos, esto es, la naturaleza de los tratamientos y los resultados de los mismos.

Las parejas bajo TRA tienen que afrontar dos tipos de eventos estresantes: la amenaza de una infertilidad definitiva junto a la pérdida de planes futuros de tener un hijo y lo aversivo que puede resultar el tratamiento por sí mismo (Boivin, Takefman, Tulandi y Brender, 1995; Berg y Wilson 1991). Brown y Harris (1989 citados por Verhaak et al., 2001) y Aldwin, (1994 citado por Verhaak et al., 2001) afirman que cada tipo de evento estresor puede conllevar a emociones específicas, es decir, la pérdida tiende a evocar depresión, mientras que la amenaza tiende a evocar ansiedad.

De acuerdo a Guerra (1998) cualquier situación novedosa o ante la cual no se encuentra solución provocará ansiedad, la cual se incrementará en función de la interpretación que se haga de la situación y de la visión que la propia persona tenga de las estrategias que posea para resolverlas. Esta conducta aparece como consecuencia de las distintas tensiones que se dan durante el proceso de tratamiento de la reproducción asistida, tanto al comienzo como al final del mismo.

Thiering, Bearepaire, Jones, Saunders y Tenannt (1993 citados por Verhaak et al., 2001), señalan la existencia de cambios asociados a la ansiedad durante el curso de varios tratamientos consecutivos fallidos; es decir, la ansiedad del primer ciclo está relacionado al desconocimiento de la naturaleza del tratamiento, mientras que la ansiedad en el tercer ciclo se asocia a la amenaza de una infertilidad definitiva.

La ansiedad es particularmente importante cuando se espera el resultado del tratamiento (Boivin et al., 1998), cuando falla el tratamiento (Newton, Hearn y Yuzpe, 1990; Salde et al., 1997) y en los ciclos siguientes al primer intento (Boivin et al., 1995); también esto depende de la habilidad de la pareja para afrontar esta condición (Hynes, Callan, Terry y Gallois, 1992 citados por Fassino, Piero, Boggio, Piccioni y Garzaro, 2002).

Asimismo, investigaciones recientes afirman que la ansiedad puede causar cambios hormonales que afectan el sistema reproductivo tanto en el hombre como en la mujer. De acuerdo a Clarke, Klock, Geoghegan y Travassos, (1999); Pook, Krause y Röhrle (1999), la ansiedad tiene un impacto negativo en la calidad del semen en el hombre (concentración, motilidad y morfología). Según Domar et al. (2000a), la ansiedad puede inhibir la segregación de la gonadotropina, activar el arco hipotálamo-pituitaria y alterar el sistema inmunológico, estas perturbaciones resultado de la ansiedad y de la depresión pueden afectar adversamente la ovulación, la fertilización o la implantación.

En un estudio realizado por Fanchin et al. (2000), hallaron que altos niveles de ansiedad se correlacionan con el aumento en la frecuencia de contracciones uterinas que podrían impedir la implantación del embrión en el útero. Es importante mencionar que los fármacos utilizados en algunos de los tratamientos de infertilidad producen alteraciones del estado de ánimo. Por ejemplo, el citrato de clomifeno utilizado en la inducción de ovulación produce irritabilidad, labilidad emocional y aumento de los síntomas del síndrome pre-menstrual.

Por su parte, Guerra (2004) afirma que el papel del estrés en la concepción es importante ya que tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, las parejas son sometidas a un régimen médico de visitas continuas, toma de temperatura diaria, medicamentos, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas, afectando de forma crítica su calidad de vida, alterando de alguna forma su estado emocional, social, físico y laboral. En este sentido, en un estudio realizado por Freeman et al. (1987 citados por Guerra, Llovera, Veiga y Barri, 1998), hallaron que para la mitad de la muestra, la infertilidad era la experiencia más perturbadora que habían experimentado en sus vidas, así mismo, Maschlesdt et al. (1987 citado por Guerra et al., 1998), halló que el 80% de la muestra estudiada reportó que la experiencia de la infertilidad ha sido la más estresante en sus vidas.

Para las parejas que se encuentran bajo TRA son numerosos los eventos estresantes a afrontar, tales como, su infertilidad, la incomodidad de los tratamientos, el conocimiento de las bajas probabilidades de éxito de los tratamientos, la espera de los resultados, la presión económica, además de otros eventos estresantes asociados a la vida cotidiana (Sanders y Bruce, 1999).

Cabe considerar que están expuestas a sufrir el impacto psicológico de la infertilidad todas las parejas afectadas por esta alteración reproductiva. No obstante, según estudios realizados, son más vulnerables las parejas que presentan las siguientes características: pobreza de recursos psicológicos, recursos financieros limitados, ausencia de redes sociales de apoyo, negación de la infertilidad y estilo evitativo en el afrontamiento de los problemas (Pérez, 2003).

De acuerdo a Boivin et al. (2001), los factores de riesgo que predicen una pobre adaptación o un alto nivel de ansiedad en pacientes con problemas de infertilidad son: a) *Factores de riesgo asociados a la persona:* Preexistencia de una psicopatología (depresión y ansiedad, entre otros); infertilidad primaria; ser mujer; ver la paternidad como el objetivo de vida central; exceso de conductas de evitación como estrategia de afrontamiento (pensamientos obsesivos, fantasías, entre otros); b) *Factores de riesgo asociados al ambiente o sociales:* pobre relación matrimonial, red social empobrecida y situaciones o personas que les recuerda su infertilidad (reuniones familiares, mujeres embarazadas, etc.); y, c) *Factores de riesgo asociados al tratamiento médico:* efectos relacionados a la medicación (por ejemplo, fluctuaciones en el estado de ánimo); situaciones que amenazan el objetivo del embarazo (aborto, tratamiento fallido, entre otros); momento de tomar una decisión (comenzar o terminar el tratamiento médico, reducción fetal, entre otros).

Por lo mencionado anteriormente, existen varios factores de riesgo asociados a la conducta de ansiedad en el proceso de la infertilidad, por lo que resulta fundamental su afrontamiento, esto por medio de la adquisición de habilidades que ayuden a la pareja controlar las conductas de ansiedad, bajo una perspectiva psicoeducativa de información y práctica de conductas que les permitan desarrollar un rango de estrategias de afrontamiento para las exigencias implícitas en el proceso de infertilidad desde un enfoque cognitivo-conductual.

De acuerdo a Guerra (2000 citado por Llavona et al., 2003), entre las intervenciones psicológicas realizadas durante el proceso de reproducción asistida, se propone la aplicación de programas de medicina conductual enfocadas en el entrenamiento del manejo de la ansiedad, las cuales incluyen técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento de la ansiedad, tales como la reestructuración de patrones negativos de pensamiento, entrenamiento en prevención de respuesta, búsqueda de apoyo social y estrategias de incremento de la sensación de control a aplicar durante el tratamiento y en los días de espera.

En este sentido, investigaciones que estudiaron específicamente comportamientos de afrontamiento han hallado efectos positivos en los participantes luego de recibir intervención psicológica, a saber: McQueeney, Stanton y Sigmon, (1997) encontraron que las mujeres entrenadas en estrategias de afrontamiento dirigidos tanto a la emoción (p.ej., distracción, expresión emocional) como al problema (p.ej., planificación, recolección de información) usaron más estas estrategias que las mujeres del grupo control obteniendo menor desajuste psicológico y mayor bienestar durante el tratamiento de la infertilidad.

En un metaanálisis realizado por Boivin (2003), destinado a evaluar la eficacia de algunos Programas de Intervención Psicológica, se hallaron efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el bienestar de las personas con problemas de infertilidad, específicamente, reducción de sentimientos de ansiedad, tensión y preocupación como resultado de recibir información, entrenamiento en afrontamiento y relajación (Boivin, 2003).

En un programa realizado por Domar, Siebel y Benson, (1990), en cual se trabajaron distintas técnicas (relajación, yoga y reestructuración cognitiva, entre otras) se halló que los participantes de este programa experimentaron mayor percepción de control, seguridad, bienestar y autoestima, reflejándose una mejora significativa en los síntomas asociados a la depresión, ansiedad e ira. Además, entre el 30% y 40% de los participantes concibieron en los seis meses consecutivos al programa.

En un PIP desarrollado por Dolz y García (2002 citado por Llavona et al., 2003) fundamentando en entrenamiento en técnicas de autocontrol (respiración, relajación, detención de pensamientos negativos, reconstrucción de ideas y pensamientos irracionales,

autorefuero, visualizaciones positivas), entrenamiento en técnicas de prevención y control de respuesta e información sobre el tratamiento, hallaron que de las mujeres que participaron en el programa, el 54% alcanzaron el embarazo (y nacidos vivos) con una tasa de abandono del 5,7% en comparación con las mujeres del grupo control, de las cuales el 28% alcanzó el embarazo (y nacidos vivos) con una tasa de abandono de los tratamientos del 37,5%.

En consideración a las evidencias empíricas mencionadas, el presente módulo consistirá en impartir técnicas de intervención cognitivo-conductual que les permita a las parejas bajo TRA desarrollar habilidades de afrontamiento dirigidas a controlar las conductas de ansiedad disminuyendo el impacto de éstas en sus vidas con el propósito de facilitar el alcance de una mejor calidad de vida.

En este sentido, se considera en el presente modulo lo propuesto por Godoy (1999), una intervención comportamental-educativa basada en el modelo de competencias, que de acuerdo a Albee, Costa y López (1982 citados por Godoy), son estrategias de intervención destinadas a facilitar el aprendizaje de habilidades que permitan disminuir el impacto de la enfermedad en la vida de los participantes con el objetivo de controlar variables disposicionales o de riesgo, tales como la ansiedad; la potenciación de recursos protectores o de resistencia: implicación o responsabilidad y optimismo; y la generación de estilos de vida sanos: distribución del tiempo y disfrute del tiempo libre y aprendizaje habilidades básicas, tales como, relajación, autocontrol, relaciones sociales y búsqueda de apoyo social.

De igual forma, este módulo constará de una intervención multicomponente en atención al triple sistema de respuesta de ansiedad, a las evidencias empíricas de su aplicación en el área de la infertilidad y lo mencionado por distintos autores quienes han confirmado la eficiencia de dichas intervenciones en el control de la ansiedad, tal como lo representa el entrenamiento en control de la ansiedad de Suinn y Richardson (1971 citados por Sierra et al., 2004) que incluía entre otras, la técnica de relajación y la terapia cognitiva y, el entrenamiento en control de la ansiedad de Butler et al.⁴, (1987 et al.; Sierra et al., 2004) que incluye técnicas de relajación, distracción cognitiva y autoinstrucciones y el Mastery of your Anxiety and Worry de Craske, Barlow y O'Leary (1992 citado por Sierra

⁴ Los autores que citan dicha fuente no especifican los demás autores del programa.

et al., 2004), que constituye un manual de autoayuda en el que se enfatizan entre otros aspectos, la relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas.

El presente módulo consistirá en una intervención psicoeducativa dirigida a la instauración y/o potenciación de repertorios de conducta de autocontrol dividida en tres fases: fase de información, fase de entrenamiento (impartidas durante el curso y/o la fase de aplicación realizadas fuera del ámbito clínico) y la fase de prevención de recaídas.

Así, en primera instancia, se ofrecerá información respecto a las conductas y/o síntomas más frecuentes asociada a la ansiedad, seguidamente se impartirán técnicas destinadas a controlarlas y/o disminuirlas y, por último, se ofrecerán ciertos lineamientos para prevenir las recaídas.

En la fase de información⁵, se reseñará brevemente las conductas y/o síntomas más frecuentes de la ansiedad, considerando los tres sistemas de respuestas asociadas, a saber (Buela-Casal, Sierra y Vera- Villarroel, 2004): el sistema cognitivo, el sistema fisiológico y el sistema conductual. Se señalará la ansiedad como una conducta común y aprendida de los seres humanos con función adaptativa y que la nocividad proviene de la intensidad, frecuencia y duración de la misma, la cual puede disminuirse y/o controlarse mediante distintas estrategias explicando así mismo las ventajas de llevarlas a cabo. Igualmente, se realizará un ejercicio con la finalidad de que los participantes experimenten (prueba de realidad) la relación existente entre los tres sistemas de respuestas asociadas a la ansiedad.

En la fase de entrenamiento, se impartirán distintas estrategias dirigidas a disminuir y/o controlar la ansiedad con la finalidad de ofrecerles a los participantes mayor sensación de autocontrol entendida ésta como puesta en marcha de conductas (por ejemplo, relajación) que alteren la intensidad y/o frecuencia de ocurrencia de otra conducta (ansiedad) que en forma elevada y sostenida podrían tener repercusiones negativas para la salud.

⁵ La fase de información comprende todas las fases de intervención, entendiéndose que ante la presentación de cada técnica y/o estrategia es necesario su implementación.

En primera instancia, se ofrecerán estrategias dirigidas a la disminución de la tensión y de la activación fisiológica, específicamente, la técnica de Respiración Natural Completa, la técnica de Estiramiento Tipo Yoga y la Meditación.

El control adecuado de la respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar el aumento de activación generados por éstas (Labrador, 1992 citado por Méndez, Olivares y Quiles, 2001). De acuerdo a Davis, McKay y Eshelman (1985), los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, de la depresión, de la irritabilidad, de la tensión muscular y de la fatiga. En este sentido, Labrador (2002) afirma que la técnica de respiración natural completa, es una técnica recomendable dada su efectividad tras periodos breves de práctica, siendo una técnica muy adecuada para la mayoría de las personas incluso aquellas que disponen de poco tiempo para retomar el control de la activación.

El Estiramiento tipo Yoga⁶, es una técnica que, como la conocida Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson se concentra en la relajación muscular. Esta técnica se denomina estiramiento tipo yoga para indicar que, aunque sus ejercicios se han tomado de esta tradición, evitan todo aquello que podría resultar avanzado y/o complicado. La actividad fundamental de los ejercicios tipo yoga es el estiramiento concentrado. Consiste en estirar y relajar lentamente los mismos grupos musculares de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva.

La Meditación, en este caso la Respuesta de Relajación de Benson, es una técnica que pretende lograr la relajación a través de la repetición monótona de un “mantra” (palabra o frase tranquilizadora) que “libera” a la mente de otros pensamientos a través de la desviación de la atención modificando el estado mental disminuyendo la tensión y otorgando un estado de tranquilidad. De acuerdo a Méndez, Olivares y Sebastián (2002) esta técnica resulta efectiva para crear un estado profundo de relajación en poco tiempo.

⁶ La elección de dicha Técnica en lugar de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson responde a la consideración de las necesidades y/o características de la población a quien va dirigida dicho Programa de Intervención Psicológica, dado que la técnica en cuestión está basada fundamentalmente en la tensión/distensión de los músculos, lo cual pudiera generar resistencia en los mismos. Además, en consideración de que la Técnica de Estiramiento Tipo Yoga posee los mismos beneficios de relajación profunda obtenidos a través de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva.

En el presente Programa de Intervención Psicológica se incluyen distintas técnicas de Relajación considerando los distintos factores biológicos asociados a la infertilidad (causas y tratamientos médicos), los cuales podrían generar molestias y/o resistencias en algunos de los participantes y en atención a lo mencionado por distintos autores (Smith, 1994; Vera y Vila, 1998; Méndez, Olivares, y Quiles, 2001; Deffenbacher, 2002; Domar, 2002; Labrador, De la Puente y Crespo, 2002 y Sierra, Buena-Casal y Miró, 2004) respecto a la necesidad de presentar al cliente y/o paciente un abanico de alternativas de relajación en consideración de las particularidades de los mismos, lo cual facilitará la instauración y mantenimiento de la técnica. Además, se ofrecerán las instrucciones generales para la práctica adecuada fuera del ámbito clínico, considerando la importancia de la misma para el aprendizaje de las técnicas de relajación.

De acuerdo a Méndez et al. (2001), las modificaciones en las respuestas fisiológicas van acompañadas de cambios en las respuestas motoras (estado de reposo) y en las respuestas cognitivas (percepción de tranquilidad). No obstante, terapéuticamente es difícil actuar considerando una única dimensión ya que si se entiende la respuesta del sujeto en función de tres niveles (cognitivo, motor y psicofisiológico) es necesario tomar en cuenta estos tres sistemas a la hora de programar una intervención, sin olvidar la existencia de una constante interacción entre los distintos niveles, todos ellos se verán afectados sea cual sea el componente al que se dirige la intervención.

En segunda instancia de la fase de entrenamiento, atendiendo la relación existente entre los tres sistemas asociados a la ansiedad, además de las técnicas de relajación, se impartirán otras técnicas destinadas a disminuir las conductas de ansiedad. En este sentido, se aplicarán técnicas de habilidades de afrontamiento destinadas a mejorar repertorios conductuales implicados en el afrontamiento de problemas crónicos (infertilidad) y situaciones de difícil modificación (las intervenciones médicas). Las técnicas a aplicar serán, las técnicas de distracción o desvío de la atención y la búsqueda de apoyo social.

Como ya se ha mencionado, las personas con problemas de infertilidad bajo las TRA están expuestas a diversos estímulos ansiógenos (tales como las intervenciones médicas) que podrían generar pensamientos erróneos, inhibiendo su conducta (por ej., asistir a la consulta médica) o llevándola a cabo la conducta bajo una gran costo psicológico. Así, las técnicas a impartir durante esta fase estarán destinadas a ofrecer a los

participantes repertorios conductuales que les permita hacer frente a estas situaciones ansiógenas.

Las técnicas de distracción, se basan en el principio de que desplazar la atención hacia algo neutro o positivo siempre es más fácil que intentar apartarla de algo negativo (Buela-Casal, Sierra, Martínez y Miró, 2004). Se impartirán algunas de las principales técnicas de distracción o reconducción (Botella y Ballester, 1997 citados por Buela-Casal et al., 2004): la externalización simple y ejercicios mentales.

Respecto a la búsqueda de apoyo, de acuerdo a Roales-Nieto (2004), el apoyo social se encuentra asociado con la salud de distintas formas, en la medida en que pueda reducir el impacto sobre la salud sobre determinados sucesos (por ejemplo, diagnóstico de infertilidad, intervenciones médicas, entre otras) y otros elementos generadores de estrés, bien eliminando el propio evento estresor, ayudando al sujeto a afrontar la situación, o atenuando los efectos de la experiencia. Por otro lado, el apoyo social puede ayudar directamente a mantener la salud o recuperarse de la enfermedad si propicia la adquisición o el fortalecimiento de repertorios en el individuo que produzca dichos efectos. En vista de su importancia, considerando el déficit de apoyo social como factor de riesgo de conductas patógenas (ansiedad, depresión entre otras) durante el proceso de infertilidad y de la evidencia empírica que comprueba su utilidad (Domar, 2002; Guerra, 2002; Albee, Costa y López, 1982 citados por Godoy, 1999) se ofrecerá información a los participantes con la finalidad de que evalúen y construyan su sistema de apoyo.

En la tercera fase, se ofrecerá algunos lineamientos para prevenir las recaídas con la finalidad de que los participantes puedan mantener el cambio conductual en situaciones y/o períodos de alto riesgo en donde es probable la recaída. En este sentido, considerando el camino que deben seguir los pacientes bajo las TRA planteado por Moreno (2000 citado por Llavona y Mora, 2003)⁷ se tomará como evento de alto riesgo el período de espera de los resultados.

Así, en esta fase se ofrecerán técnicas destinadas a su puesta en marcha durante el período de espera (sin excluir las técnicas mencionadas en la fase anterior) a saber: la tríada de autocontrol y la programación de actividades.

⁷ Ver Marco Teórico

La tríada de autocontrol, es un procedimiento compuesto descrito por Cautela (1983 citado por Raich, 2002) dirigida a disminuir la probabilidad de una conducta no deseada, sean conductas encubiertas o manifiestas. Incluye tres técnicas: detención del pensamiento, respiración profunda y el refuerzo positivo encubierto. Se incluye esta técnica, dado que según la literatura especializada en los días de espera tienden a presentarse conductas inadecuadas, tanto encubiertas, tales como pensamientos de y/o preocupaciones respecto al futuro (por ej., “me va a venir la menstruación”, “voy a abortar”, entre otras), como manifiestas (por ej., ir al baño a revisar si ha llegado la menstruación, inspecciones constantes en el cuerpo en búsqueda de cambios asociados a un posible embarazo, entre otras).

La detención de pensamiento es un procedimiento de autocontrol desarrollado para la eliminación de pensamientos perseverantes (o conductas manifiestas) que son generadoras de ansiedad y tienden a inhibir la ejecución de conductas deseadas o a iniciar una secuencia de conductas inadecuadas (Raich, 1998). De acuerdo a Olivares, Xavier, y García-López (2001), esta técnica tiene como objeto enseñar al individuo a interrumpir pensamientos no deseados (o conductas manifiestas inadecuadas) con la finalidad de disminuir su frecuencia y duración.

De acuerdo a Davis et al. (1985), la efectividad de esta técnica obedece a tres explicaciones: 1) la orden de “stop” o bien de un sonido fuerte actúa de castigo y la conducta que es sistemáticamente castigada tiende a desaparecer; 2) la orden de “stop” sirve de distracción, haciendo que el imperativo autoordenado resulte incompatible con los pensamientos; y 3) la detención del pensamiento es una respuesta positiva que al seguirse con pensamientos sustitutos de tranquilidad o bien de afirmaciones de autoaceptación. Esta técnica ha demostrado ser efectiva en el control de pensamientos no deseados o desagradables generadores de estados emocionales negativos, entre ellos la ansiedad (Davis et al., 1985).

Respecto al refuerzo positivo encubierto, es una técnica que pretende aumentar la frecuencia de aparición de un comportamiento deseable, a través de reforzamiento positivo en imágenes y/o pensamientos positivos. Es una técnica que no sólo permite reforzar conductas que se evitaban sino que además permite reforzar conductas de aproximación (Raich, 2002).

Respecto a la integración de programación de actividades, es una técnica recomendada por especialistas en el área de la infertilidad, tales como, Guerra (2002) y Domar (2002). Asimismo, obedeciendo al principio por el cual se basa la distracción, busca desplazar la atención de un estímulo negativo y/o aversivo (por ej., eventos que recuerdan la infertilidad) hacia un estímulo positivo (por ej., actividades agradables en pareja), o en términos técnicos, de actividades absorbentes (Buela-Casal et al., 2004). De igual forma, desviar la atención hacia eventos positivos cotidianos que no son apreciados o desatendidos durante el proceso de infertilidad.

En este sentido, la programación de actividades será estipulada en forma de distracción o inatención acerca de los eventos y/o situaciones asociadas a la infertilidad, ya que de acuerdo a la bibliografía revisada (Miall, 1985 citado por Greil, 1997; Lalos, Lalos, Jacobson y Von Schoult, 1985; Woollet, 1985; Miall, 1986 citado por Greil, 1997; Valentine, 1986; Sandelowski, 1987; Mahlstdt, MacDuff, Bernstein, 1987 citados por Greil, 1997; Olshansky, 1987 citado por Greil, 1997; Greil, Leitko y Porter, 1988; Sandelowski, Holditch y Harris, 1990 citados por Greil, 1997; Sandelowski, 1993 citados por Greil, 1997; Greil, 1991 citado por Greil, 1997; Becker, 1994 citado por Greil, 1997; Becker y Nachtigall, 1994; Whiteford y González, 1995; Greil, 1997), los pacientes con problemas de infertilidad tienen a centrar sus vidas en el proceso de tratamiento de infertilidad y en la maternidad y/o paternidad, olvidando o no prestando atención a otros eventos en sus vidas que pudieran ser gratificantes.

II. OBJETIVO GENERAL

- Que los participantes adquieran técnicas de afrontamiento destinados a controlar y/o disminuir conductas de ansiedad.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los participantes identifiquen la relación existente entre cognición, emoción y conducta.
2. Que los participantes realicen correctamente los ejercicios de relajación.

3. Que los participantes adquieran algunas estrategias para desviar la atención ante situaciones ansiógenas asociadas con el proceso de la infertilidad.
4. Que los participantes evalúen y construyan un sistema de apoyo.
5. Que los participantes controlen los pensamientos ansiógenos asociados al proceso de la infertilidad.
6. Que los participantes programen actividades para los días de espera de los resultados.

IV. ACTIVIDADES

1. Entendiendo la Ansiedad.
2. ¡A Relajarse!
 - a. Técnica de Respiración Natural Completa.
 - b. Técnica de Estiramiento Tipo Yoga.
 - c. Meditación.
3. ¡Distracción!
4. Construya su Sistema de Apoyo.
5. Dígale ¡STOP! a los Pensamientos Negativos
6. Programe las actividades para los días de espera.

V. PROCEDIMIENTO Y TIEMPO

1. Revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior, escuchando y ofreciendo información respecto a las dudas e inquietudes de los participantes. Tiempo estimado: 15 minutos.
2. Presentación de la sesión ofreciendo información respecto a qué consiste el módulo, los objetivos planteados y como se llevará a cabo. Tiempo estimado: 5 minutos.
3. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de las conductas características de la ansiedad. Tiempo estimado: 5 minutos.
4. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de relación existente entre cognición, emoción y conducta. Tiempo estimado: 5 minutos.

5. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo ante las dudas planteadas. Tiempo estimado: 5 minutos.
6. Realización de la actividad: “Entendiendo la Ansiedad”. Tiempo estimado: 15 minutos.
7. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 10 minutos.
8. Presentación breve por parte del Psicólogo acerca de las distintas técnicas de relajación. Tiempo estimado: 5 minutos.
9. Realización del primer componente de la actividad “A relajarse”: Respiración Natural Completa. Tiempo estimado: 10 minutos.
10. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
11. Realización del segundo componente de la actividad “A relajarse”: Estiramiento Tipo Yoga. Tiempo estimado: 15 minutos.
12. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
13. Realización del tercer componente de la actividad “A relajarse”: Meditación. Tiempo estimado: 10 minutos.
14. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
15. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de las técnicas de distracción, en qué consisten y la importancia de llevarlas a cabo. Tiempo estimado: 10 minutos.
16. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo ante las dudas planteadas. Tiempo estimado: 10 minutos
17. Refrigerio: Un espacio de tiempo en donde se brinda un pequeño refrigerio dirigido a ofrecer descanso y esparcimiento a los participantes, en donde podrán además, aprovechar para conversar entre ellos. Tiempo estimado: 20 minutos.
18. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de los sistemas de apoyo, en qué consiste y su importancia. Tiempo estimado: 10 minutos.

19. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo ante las dudas planteadas. Tiempo estimado: 5 minutos.
20. Presentación oral por parte del psicólogo acerca del control de pensamientos negativos, en qué consiste y los beneficios de llevarla a cabo. Tiempo estimado: 10 minutos.
21. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo ante las dudas planteadas. Tiempo estimado: 5 minutos.
22. Realización por parte de los participantes de la actividad: “Dígale ¡Stop! a los pensamientos negativos”. Tiempo estimado: 10 minutos.
23. Intercambio de experiencias por parte de los participantes respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
24. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de la programación de actividades para los días de espera y de la importancia de llevarla a cabo. Tiempo estimado: 5 minutos.
25. Preguntas por parte de los participantes y respuesta por parte del psicólogo respecto a la técnica presentada. Tiempo estimado: 10 minutos.
26. Ofrecer información preliminar acerca de la próxima sesión y de la importancia de la asistencia al mismo. Tiempo estimado: 5 minutos.
27. Entrega de los Manuales Afrontando la Ansiedad: Manual para participantes y Cuadernos de actividades. Tiempo estimado: 2 minutos.
28. Ofrecer información acerca de las actividades a realizar en casa y la importancia de realizarlos. Tiempo estimado: 10 minutos
29. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo ante las dudas planteadas. Tiempo estimado: 8 minutos.
30. Agradecimiento por parte del psicólogo dirigido a los participantes por su colaboración y asistencia. Tiempo estimado: 2 minutos.

VI. RECURSOS

A) MATERIALES

- 1 Computadora portátil.

- 1 Video-Beam.
- Lápices con goma de borrar (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con formato para la actividad “Entendiendo la Ansiedad” (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para las actividades: “¡A Relajarse!”: Tablas de Registro: Respiración Natural Completa, Estiramiento Tipo Yoga y Meditación. (Número ajustado al número de participantes).
- CD de Audio con la presentación de las Instrucciones de las distintas Técnicas de Relajación.
- Hojas con el formato para la actividad: “Dígale ¡stop! a los pensamientos negativos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Manuales Afrontando la Ansiedad: Manual para participantes y Cuaderno de actividades (Número ajustado al número de participantes).

B) HUMANOS

- Psicólogo(s).

VII. TIEMPO TOTAL

El módulo constará de una sesión de tres horas y treinta minutos aproximadamente.

VIII. EVALUACIÓN

- Pauta de Cumplimiento I: Que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Entendiendo la Ansiedad” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para la ejecución de la actividad como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento II: Que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas por el facilitador en la ejecución de las actividad “¡A relajarse!” durante la sesión y que

todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Cuaderno de Actividades para su ejecución como asignación para la casa.

- Pauta de Cumplimiento III: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Distracción” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones descritas en el Manual para su elaboración como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento IV: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la realización de la actividad: “Construya su sistema de apoyo” durante la sesión y que todos los participantes lleven a cabo las instrucciones expuestas en el Manual para la ejecución de la actividad como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento V: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad “Dígale ¡stop! a los pensamientos negativos” y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual para su realización como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento VI: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Programe las actividades para los días de espera” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en el Manual para la realización de la actividad como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento VII: Que todos los participantes envíen al menos un comentario (sugerencia, duda, inquietud, observación o acotación) a la página web respecto a cada una de las actividades del MIII-AA y envíen las tareas para la casa dentro del lapso establecido.

Pauta de Cumplimiento Total: Que por lo menos se cumplan cinco de los criterios de evaluación descritos.

ANEXO 5: SUBPROGRAMA MÓDULO IV: COMUNICACIÓN ASERTIVA

MODULO IV: COMUNICACIÓN ASERTIVA

I. INTRODUCCIÓN

La mayoría de las parejas al casarse poseen la esperanza de tener hijos biológicos algún día, no obstante, algunas de ellas inesperadamente se enfrentan con la dificultad al concebir y/o mantener un embarazo viable. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2006), se estima que entre el 8% y el 10% de las parejas tienen problemas de infertilidad, lo que se traduce a un total de 50 u 80 millones de personas en el mundo (la problemática varía por regiones).

A mediados de los años ochenta, los investigadores en el área de la infertilidad, le otorgaban mayor importancia a las causas que a las consecuencias psicológicas de la infertilidad, más aún, prevalecía la creencia de que la mujer era la causa primaria de la infertilidad (“resistencia inconsciente a la maternidad”), por consiguiente, era el foco principal en las investigaciones en el área y en los TRA.

No obstante, en la actualidad la tecnología médica ha demostrado que ambos miembros de la pareja contribuyen de igual forma en los problemas de la infertilidad (Peterson, Newton, Rosen y Schulman, 2006). Así, la infertilidad suele ser un problema femenino en el 40% de los casos, masculino en el 40% de los casos, y comunes a ambos miembros de la pareja en el 20% de las casos. Las causas se desconocen en el 5 a 10% del total de casos, aún después de rigurosos estudios (Llavona y Mora, 2003).

Consecuentemente, la experiencia de la infertilidad es verdaderamente compartida por ambos miembros de la pareja. En un esfuerzo por entender como la infertilidad influye en ambos miembros de la pareja, los investigadores han estudiado la respuesta emocional de ambos miembros de la pareja ante la experiencia de la misma (Peterson et al., 2006). Así, Daniluk (1991) afirma la manifestación de respuestas comunes ante la experiencia de la infertilidad, tales como sorpresa, negación, rabia, culpa, culpabilidad, depresión, ansiedad, soledad y desesperanza, entre otros.

En un nivel interpersonal, la carga emocional de la experiencia de la infertilidad puede tener un impacto en varios aspectos de la vida marital y en la calidad de vida juntos,

generando conflicto en términos de alteraciones en la comunicación y en la sexualidad, los cuales pueden considerarse factores de riesgo ante una posible separación o aislamiento entre los miembros de la pareja (Daniluk, 1991).

Por otro lado, cada miembro de la pareja puede responder a la infertilidad de forma diferente. En este sentido, Pérez (2003) afirma que los hombres pueden experimentar las mismas emociones que las mujeres, sin embargo, lo frecuente es que no lo expresen con la misma intensidad puesto que tratan de cumplir con el papel establecido por la sociedad de ser fuertes y dar apoyo a la pareja en el momento de crisis, motivo por el cual suelen recibir acusaciones de indiferentes.

La dificultad para comunicarse puede incrementarse durante el proceso de infertilidad, en donde, cualquier toma de decisiones puede generar conflictos, tales como, hablar o no de la infertilidad, de los sentimientos acaecidos por la misma, de seguir o no seguir con los tratamientos, o simplemente qué hacer durante el fin de semana. Asimismo, pueden presentarse múltiples quejas tales como “ella no hace otra cosa que hablar de la infertilidad” o “él no parece escucharme”, estas discusiones muchas veces pueden llevar a erosionar la relación de pareja (Daniluk, 2001).

Por otro lado, los estudios realizados en los últimos años en el área de la infertilidad afirman la presencia de otras alteraciones en la relación de pareja, tales como percepción del acto sexual como una obligación (Freeman, Boxer, Rickels, Tureck y Mastroiani, 1985; Lalos, Lalos, Jacobson y Von Schoultz, 1985; Greil, 1991 citado por Greil 1997; Lorber y Bandlamudi, 1993; Valentine, 1986; Sabatelli, Meth y Gavazzi, 1988); alteraciones en la relación sexual, (Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuysse, 1999 citados por Moreno, 2000; Aghanwa, Dare y Ogunniyi, 1999 citados por Moreno, 2000), disminución en la satisfacción y ajuste marital (Leiblum, Aviv y Hamer, 1998; Abbey, Andrews y Halman, 1991 citados por Brucker y Mckenry, 2004). Igualmente, pérdida del deseo sexual, incapacidad para alcanzar el orgasmo, son experiencias manifestadas por parejas con problemas de infertilidad bajo TRA (Leader, 1984; Rosenfeld y Nitchell, 1979).

De acuerdo a Boivin et al. (2001), para un pequeño porcentaje de parejas con infertilidad, los problemas sexuales (en términos biológicos) son la causa primaria de la misma (vaginismo, dispauprimia, disfunción eréctil, entre otros), los cuales pueden tener un origen orgánico y/o psicológico. Sin embargo, para un porcentaje mayor de estas parejas

(10%-60%), la infertilidad puede repercutir en el funcionamiento sexual (déficit del deseo sexual, disfunción orgásmica, entre otros), los cuales, están frecuentemente relacionados con la presión de llevar a cabo las relaciones sexuales en un horario establecido, con la percepción de pérdida de intimidad y con el hecho de que el objetivo está orientado a la reproducción que a su vez les recuerda su problema de infertilidad (Greil et al., 1989).

Llavona y Mora (2003) tomando como modelo investigaciones realizadas en el área de la infertilidad con la finalidad de prevenir el desajuste matrimonial y/o la insatisfacción marital en las parejas bajo TRA, plantean entre los objetivos primordiales de intervención las siguientes: promover las conductas positivas entre la pareja y una comunicación eficaz, suscitar la toma de decisiones ecuánime, fomentar interacciones sexuales placenteras, y relocalizar la relación de pareja desde la infertilidad hacia otras áreas de la relación.

Daniluk (1991) plantea que siendo los problemas de comunicación sumamente frecuentes en las parejas con problemas de infertilidad, es fundamental facilitar a la pareja estrategias de comunicación dirigidas a optimizar la expresión de pensamientos y sentimientos en los miembros de la pareja. Asimismo, expresar las expectativas de cada uno con la finalidad de aceptar las diferencias en los sentimientos y/o pensamientos respecto a la experiencia de la infertilidad.

En este sentido, Llavona et al. (2002), afirman que un programa cognitivo conductual dirigido a las parejas con problemas de infertilidad debe considerar los siguientes objetivos: identificar y validar los pensamientos irracionales asociados a la infertilidad y a la relación de pareja, dirigir a la pareja a otras fuentes de satisfacción, brindar distintas técnicas para mejorar las habilidades de comunicación y de solución de problemas en la pareja y, proveer información para optimizar las relaciones sexuales.

En particular en la pareja, la intervención cognitiva conductual dirigida a reducir el estrés psicológico⁸ se ha asociado significativamente con altas tasas de embarazos viables. Más aún, se ha evidenciado que la intervención cognitiva conductual ha sido exitosa en el tratamiento de los aspectos emocionales de la infertilidad, incrementando la calidad de vida de la pareja y aumentando las tasas de embarazos viables (Domar, Seybel y Benson, 1990; Domar et al., 2000; McNaughton-Cassioll et al., 2000; Tuschen-Caffer, Florin, Krause y Pook, 1999 citados por Facchinetti et al., 2004).

⁸ Estrés psicológico a diferencia del estrés celular o biológico.

Diversos autores plantean el modelo cognitivo conductual de la terapia marital para la intervención psicológica de los distintos efectos de la infertilidad en la relación de pareja (Domar, Seibel y Benson, (1990); Daniluk, 1991; Myers y Wark, 1996; Greil, (1997); Domar, Clapp, Slawsby, Kessel, y Freizinger, (2000); Domar y Lesch, (2004); Fachinetti, Tarabusi y Volpe, 2004) considerando la naturaleza del proceso de infertilidad (la multitud de toma de decisiones respecto a la duración y el tipo de TRA, los efectos de la infertilidad en la relación sexual de la pareja, las diferencias en las reacciones entre los miembros de la pareja, entre otros).

En este sentido, el enfoque cognitivo conductual marital dirigido a las parejas con problemas de infertilidad puede ser efectivo por varias razones (Myers, et al., 1996; Domar et al., 2004; Fachinetti et al., 2004), entre las que se encuentran, cuenta con técnicas efectivas para la identificación y tratamiento de los pensamientos inadecuados y/o irracionales (por ejemplo, la terapia racional emotiva de Ellis), considera fundamental la comunicación en la expresión de pensamientos y sentimientos y en la toma de decisiones dentro de la relación de pareja aportando una serie de estrategias para optimizarla, ha demostrado ser efectivo en un amplio campo de aplicaciones (ansiedad, depresión, relaciones de pareja, entre otros.), y cuenta con efectivas intervenciones en el tratamiento de las alteraciones sexuales en la pareja.

La terapia cognitiva-conductual se basa en las habilidades para ayudar a las parejas con problemas a aumentar su satisfacción marital fundamentada en la premisa básica de que la satisfacción matrimonial puede aumentarse entrenando a las parejas a disminuir las interacciones maritales negativas y a aumentar las positivas (Arias y Byrne, 1998).

En este sentido, diversos estudios han demostrado que las parejas armoniosas se distinguen de las parejas en conflicto en función de la cantidad de intercambios positivos o negativos, así como por el patrón de intercambios gratificadores y punitivos, y por una serie de deficiencias en la comunicación y en las habilidades de solución de problemas (Cáceres, 1993 citado por Sierra, Buela-Casal y Sánchez, 2004).

Diversas investigaciones han estudiado algunos predictores de un ajuste psicosocial a la infertilidad. En este sentido, estrategias activas de afrontamiento (tales como, expresión de sentimientos, y búsqueda de apoyo social) fueron significativamente predictores de una

alta satisfacción marital (Schmidt, Holstein, Christensen y Boivin, 2005). Berghuis y Stanton (2002) demostraron que además las estrategias de afrontamiento activo son predictores de bajos niveles de estrés en la pareja sometida a TRA.

Las dificultades en la comunicación en la pareja han sido significativamente predictores de una baja satisfacción matrimonial considerando la relación de pareja como una fuente importante de soporte entre los miembros para afrontar el proceso de la infertilidad (Schmidt et al., 2005; Abbey y Halman, 1991 citados por Schmidt et al., 2005; Laffont y Edelman, 1994). Pasch, Dunkel-Schetter y Chistensen (2002), hallaron que la calidad de comunicación entre la pareja fue menos negativa cuando los esposos hablaban con sus esposas respecto a los sentimientos y/o pensamientos asociados con la experiencia de la infertilidad.

En un estudio realizado para evaluar un curso de entrenamiento de comunicación en parejas con problemas de infertilidad se halló que los participantes tanto mujeres como hombres incrementaron la comunicación de sus emociones y pensamientos acerca de la infertilidad aumentando así la satisfacción matrimonial y disminuyendo el estrés en cada uno de ellos después de la intervención (Schmidt, Tjornhoj-Thomsen, Boivin y Andersen, 2005). Asimismo, se ha demostrado que una alta satisfacción matrimonial durante la experiencia de la infertilidad es significativamente predictiva de una positiva evaluación de la pareja hacia los médicos y hacia los centros de cuidados médicos (Schmidt, Holstein, Boivin, Tjornhoj-Thomsen, Blaabjerg, Hald, Andersen, 2003).

En consideración de las evidencias empíricas, el presente módulo estará destinado a ofrecer distintas estrategias a los miembros de la pareja con la finalidad de que reciban información acerca de habilidades destinadas a aumentar la frecuencia de las interacciones positivas, a optimizar la comunicación y las habilidades de solución de problemas. Además, se ofrecerán algunos lineamientos generales destinados a disminuir el impacto de la infertilidad en la sexualidad. Por último, se ofrecerán algunos lineamientos a la pareja con la finalidad de optimizar la comunicación con familiares y/o amigos.

Respecto a la estructura del programa de intervención, considerando lo planteado por varios autores (Arias et al., 1998; Sierra et al., 2004; Liberman, Wheeler, De Visser, Kuehnel y Kuehnel, 1987; Capafóns y Sosa, 1998), el paso inicial de la terapia será aumentar la tasa de ocurrencia de los acontecimientos maritales positivos. Para ello se

instará a los participantes a llevar a cabo un ejercicio (tarea para la casa, luego de ofrecer la información básica del procedimiento y de los objetivos y/o ventajas de llevarla a cabo) para aumentar y potenciar el intercambio positivo: “Pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”, la cual se realizará hasta finalizar la aplicación del tratamiento contenido en el presente módulo.

De acuerdo a Capafóns et al., (1998) es conveniente comenzar la intervención con este componente ya que favorece la participación terapéutica y la buena predisposición para el cambio y es fácil de llevar a cabo ya que no tiene prerequisites porque se trata de emitir conductas que ya existen en el repertorio conductual.

Asimismo, el entrenamiento en reciprocidad resulta relevante ya que permite preparar a las parejas hacia una convivencia más gratificante, enseña a una forma distinta de interactuar ante la necesidad de cambiar conductas inadecuadas y cambia la percepción de los cónyuges dirigiendo la atención hacia lo positivo (Capafóns et al., 1998).

Como segundo paso o fase del módulo, se introduce el entrenamiento en habilidades de comunicación, considerando lo planteado por Arias et al., (1998) quienes afirman que sólo mediante una comunicación clara y precisa los cónyuges pueden realizar con eficacia la solución de problemas y proporcionarse mutuamente apoyo e intimidad, la cual resulta vital en el tratamiento de la infertilidad por las evidencias empíricas mencionadas. El entrenamiento se centrará en ofrecer técnicas para una optimizar las habilidades de escucha y de habla. Seguidamente se ofrece información respecto a la adecuada transmisión y recepción de sentimientos positivos y negativos. Asimismo, se asignará tareas para la casa para consolidar lo aprendido durante el taller, las cuales serán monitoreadas a través de la página web diseñada para ello.

Como tercer paso, se ofrecerán algunas pautas asociadas a las habilidades de resolución de problemas. La resolución de problemas es una técnica que le permitirá a los miembros de la pareja una forma adaptativa de afrontar diversas dificultades que pueden surgir en la cotidianidad, así como los que podrían surgir durante el proceso de infertilidad. Asimismo, permitirá transmitir a la pareja que el problema no es el problema, sino la búsqueda de solución (es). Esta sesión consistirá básicamente en ofrecer información acerca de algunas pautas a seguir para el planteamiento de un problema y para la resolución de la

misma, asimismo, de asignación de tareas para la casa para consolidar lo aprendido durante el taller, las cuales serán monitoreadas a través de la página web diseñada para ello.

Como cuarto paso o fase del módulo, en vistas de las evidencias empíricas del efecto del proceso de la infertilidad en la relación sexual de la pareja, se ofrecerá información acerca de algunos lineamientos destinados a disminuir el impacto sobre la misma.

Por último, considerando el efecto del diagnóstico/intervención de la infertilidad en el ámbito social de la pareja se ofrecerán algunos lineamientos para hacer frente a comentarios inadecuados realizados por familiares, amigos y/o compañeros con la finalidad de disminuir el riesgo de aislamiento o de sentimiento de alienación respecto “al mundo fértil” y de considerarlos como una fuente importante de apoyo o ayuda durante el proceso de la infertilidad.

El programa se basará en intervenciones grupales considerando los beneficios planteados por Liberman et al. (1987), a mencionar: las intervenciones en grupo ofrece mayores fuentes de retroalimentación y más intercambio para los otros miembros del grupo, los grupos ofrecen distintos modelos de interrelación en una pareja aportando mayor gama de opciones para contrastar, la retroalimentación que ofrece el grupo tiene mayor impacto para la pareja que la retroalimentación que ofrece el terapeuta solo y, el grupo ofrece aceptación, soporte y un medio de aprendizaje seguro para la pareja.

Conjuntamente, *considerando diversos estudios realizados en el área de la infertilidad*, las intervenciones de formato grupal dirigido a los miembros de la pareja ofrecen la oportunidad de beneficiarse de la intervención tanto de forma individual como pareja simultáneamente arrojando la ventaja adicional de fortalecer el significado de la infertilidad como un problema de ambos más que un problema del hombre o de la mujer. Asimismo, proporciona un sistema de apoyo social a las parejas que a la vez actúa como fuente de aceptación social, lo cual puede ayudar a superar la estigmatización asociada a la infertilidad (Asen, 2002 citado por Lemmens et al., 2004; McFarlane, 2002 citado por Lemmens et al., 2004; Boivin, 2003).

Además, el grupo ofrece múltiples oportunidades para compartir experiencias comunes con otras parejas esto podría ayudar a las parejas a sentir que ellos no son los únicos que padecen un problema de infertilidad, a darse cuenta que sus reacciones,

sentimientos y esfuerzos son normales y, por consiguiente, sentirse menos aislados (Lentner y Glazer, 1991; Steinglass, 1998 citado por Lemmens et al., 2004; Lemmens et al., 2003 citados por Lemmens et al., 2004).

Igualmente, la variedad de historias tanto similares como diferentes pueden estimular distintos procesos cognitivos (reflexión e insight), los cuales pueden ayudar a las parejas quienes frecuentemente se enfocan únicamente al problema de la infertilidad a ampliar sus puntos de vista y a generar distintas perspectivas (Leicher y Schulman, 1974 citados por Lemmens et al., 2004; Stanton, 1992). Adicionalmente, las parejas pueden beneficiarse de aprender de otras experiencias para afrontar la infertilidad, por lo que la terapia marital grupal ofrece particularmente buenas oportunidades para identificar, modelar e intercambiar experiencias (Lemmens et al., 2003 citados por Lemmens et al., 2004).

Finalmente, la terapia grupal marital crea un fórum para discutir distintos tópicos, lo cual puede ser dificultoso de lograr para una sola pareja. Es más, el discutir estas cuestiones en el contexto de la terapia grupal marital tiene el efecto de normalizar la comunicación entre los miembros de la pareja y a atravesar barreras entre ellos (Asen, 2002 citado por Lemmens et al., 2004; McFarlane, 2002 citado por Lemmens et al., 2004).

II. OBJETIVOS GENERALES

1. Que los participantes adquieran habilidades para incrementar la frecuencia de las interacciones positivas con su cónyuge.
2. Que los participantes adquieran algunas pautas de comunicación asertiva con familiares y amigos.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los participantes adquieran conductas dirigidas a aumentar la frecuencia del intercambio positivo con su cónyuge.
2. Que los participantes evalúen y adquieran conductas destinadas a una comunicación positiva con su cónyuge.
3. Que los participantes adquieran pautas para expresar los sentimientos asertivamente.
4. Que los participantes desarrollen pautas para la solución de problemas.

5. Que los participantes adquieran información de algunos lineamientos a seguir para que la infertilidad no afecte las relaciones sexuales.
6. Que los participantes conozcan algunas pautas para una comunicación asertiva con familiares y/o amigos.

IV. ACTIVIDADES

1. “Pille a su pareja haciendo algo agradable... y hágaselo saber”.
2. Cómo lograr una comunicación positiva
3. Expresión de sentimientos.
4. Solución de problemas.
5. Afecto físico.
6. Dirigirse a la familia y/o amigos.

V. PROCEDIMIENTO Y TIEMPO

1. Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior, escuchando y ofreciendo información respecto a las dudas e inquietudes de los participantes. Tiempo estimado: 10 minutos
2. Presentación de la sesión ofreciendo información respecto a qué consiste, los objetivos planteados y como se llevará a cabo. Tiempo estimado: 2 minutos.
3. Presentación oral por parte del psicólogo de cómo podría afectar la infertilidad y los TRA a la relación de pareja. Tiempo estimado: 8 minutos.
4. Presentación oral por parte del psicólogo de la importancia de la reciprocidad en la relación de pareja. Tiempo estimado: 5 minutos.
5. Presentación oral por parte del psicólogo respecto a la estrategia para aumentar el intercambio positivo entre la pareja: “Pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”. Tiempo estimado: 5 minutos.
6. Presentación de dudas y/o inquietudes por parte de los participantes respecto a la actividad anterior y respuestas por parte del psicólogo. Tiempo estimado: 5 minutos.
7. Elaboración por parte de los participantes de la actividad: “Pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”. Tiempo estimado: 10 minutos.

8. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
9. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de algunas pautas para lograr una comunicación positiva. Tiempo estimado: 10 minutos.
10. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
11. Elaboración por parte de los participantes de la actividad “Evalúe la comunicación con su pareja”. Tiempo estimado: 10 minutos.
12. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
13. Presentación oral del psicólogo acerca de la importancia de expresar los sentimientos así como algunas pautas para expresarlos de forma adecuada. Tiempo estimado: 5 minutos.
14. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por partes del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
15. Elaboración por parte de los participantes de la actividad: “Expresando los sentimientos”. Tiempo estimado: 10 minutos.
16. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
17. Refrigerio: Un espacio de tiempo en donde se brinda un pequeño refrigerio dirigido a ofrecer descanso y esparcimiento a los participantes, en donde podrán además, aprovechar para conversar entre ellos. Tiempo estimado: 20 minutos.
18. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de algunas pautas para la solución de problemas. Tiempo estimado: 5 minutos.
19. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
20. Elaboración por parte de los participantes de la actividad “Solución de Problemas”. Tiempo estimado: 10 minutos.
21. Intercambio de experiencias por parte de los participantes acerca de la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.

22. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de algunas pautas a seguir para disminuir el impacto de la infertilidad en el área sexual. Tiempo estimado: 5 minutos.
23. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
24. Presentación oral por parte del psicólogo acerca de algunos lineamientos a seguir con el propósito de alcanzar una comunicación asertiva con familiares y/o amigos. Tiempo estimado: 10 minutos.
25. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo respecto a la actividad anterior. Tiempo estimado: 5 minutos.
26. Manifestación verbal por parte de los participantes de algunos ejemplos de las pautas para una comunicación asertiva con los familiares y/o amigos. Tiempo estimado: 10 minutos.
27. Presentación oral por parte del psicólogo respecto a las tareas para la casa y de la importancia de llevarlos a cabo. Tiempo estimado: 10 minutos.
28. Preguntas por parte de los participantes y respuestas por parte del psicólogo. Tiempo estimado: 8 minutos.
29. Entrega de los Manuales de Comunicación Positiva: Manuales para Participantes y Cuadernos de Actividades. Tiempo estimado: 2 minutos.
30. Agradecimiento por parte del psicólogo dirigido a los participantes por su colaboración y asistencia. Tiempo estimado: 2 minutos.

VI. RECURSOS

A) MATERIALES

- 1 Computadora portátil.
- 1 Video-Beam.
- Lápices con goma de borrar (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Evalúe la comunicación con su pareja” (Número ajustado al número de participantes).

- Hojas con el formato para la actividad: “Expresando sentimientos”. (Número ajustado al número de participantes).
- Hojas con el formato para la actividad: “Solucionando problemas”. (Número ajustado al número de participantes).
- Manuales: Comunicación Asertiva y Cuaderno de Actividades (Número ajustado al número de participantes).

B) HUMANOS

- Psicólogo(s).

VII. TIEMPO TOTAL

El módulo constará de una sesión de tres horas aproximadamente.

VIII. EVALUACIÓN

- Pauta de Cumplimiento I: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador para la ejecución de la actividad: “Pille a su pareja haciendo algo agradable...y hágaselo saber” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en el Manual para su realización como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento II: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Evalúe la comunicación con su pareja” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual para su ejecución como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento III: Que todos los participantes sigan las instrucciones descritas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Expresando sentimientos” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones detalladas en la Manual para su ejecución como asignación para la casa.
- Pauta de Cumplimiento IV: Que todos los participantes sigan las instrucciones relatadas por el facilitador en la ejecución de la actividad: “Solución de Problemas” durante la sesión y que todos los participantes sigan las instrucciones expuestas en el Manual para su ejecución como asignación para la casa.

- Pauta de Cumplimiento V: Que por lo menos el 50% de los participantes mencione verbalmente un ejemplo de los lineamientos expuestos en la actividad “Afecto físico” durante la sesión.
 - Pauta de Cumplimiento VI: Que por lo menos el 50% de los participantes mencione verbalmente un ejemplo de las pautas para una comunicación asertiva con los familiares y/o amigos. Pauta de Cumplimiento VII: Que todos los participantes envíen al menos un comentario (sugerencia, duda, inquietud, observación o acotación) a la página web respecto a cada una de las actividades del MIV-CA y envíen las tareas para la casa dentro del lapso establecido.
- Pauta de Cumplimiento Total: Que por lo menos se cumplan cinco de los criterios de evaluación descritos.