

Universidad Iberoamericana UNIBE

Escuela de Psicología



Proyecto Final para optar por el título de Maestría en Intervención en Psicoterapia

Evaluación del Impacto de una Intervención Psicológica en Mujeres Infértiles

Sustentante:

Melkis Yuliza Pérez Pérez

Matricula: 24-1248

Nombre asesor(a/es):

Gloriannys Báez Rodríguez, MSc.

Los conceptos expuestos en el presente trabajo son de la exclusiva responsabilidad del/la (los) sustentante(s) del mismo.

Santo Domingo, D.N.
República Dominicana
04, agosto del 2025

Resumen

Este estudio evaluó el impacto de una intervención psicológica basada en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) sobre los niveles de estrés en mujeres diagnosticadas con infertilidad que recibían tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad. Se implementó un diseño cuasiexperimental pre-post de un solo grupo con dos mujeres de entre 25 y 37 años (media = 31.0, $DE = 8.485$) del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Santo Domingo, República Dominicana. La intervención consistió en seis sesiones individuales de TCC de una hora cada una, impartidas semanalmente. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS) para medir el estrés antes y después de la intervención. La intervención mostró una reducción significativa en el estrés percibido, con una puntuación media en el PSS de 29.5 ($DE = 3.536$, rango: 27-32) pre-intervención, disminuyendo a 12.0 ($DE = 1.414$, rango: 11-13) post-intervención. Esta investigación demuestra el impacto positivo de las intervenciones psicológicas basadas en TCC en mujeres con infertilidad. La implementación de seis sesiones de TCC resultó viable, logrando una notable reducción del estrés percibido.

Palabras clave: infertilidad, estrés, terapia cognitivo-conductual, reproducción asistida, intervención psicológica

Abstract

This study evaluated the impact of a psychological intervention based on cognitive behavioral therapy (CBT) on stress levels in women diagnosed with infertility who were receiving low complexity assisted reproductive treatments. A single-group pre-post quasi-experimental design was implemented with 2 women aged between 25 and 37 years (mean = 31.0, SD = 8.485) from the Nuestra Señora de la Altagracia University Maternity Hospital, Santo Domingo, Dominican Republic. The intervention consisted of six individual CBT sessions of one hour each, given weekly. The Perceived Stress Scale (PSS) was used to measure stress before and after the intervention. The intervention showed a significant reduction in perceived stress, with a mean PSS score of 29.5 (SD = 3.536, range: 27-32) pre-intervention, decreasing to 12.0 (SD = 1.414, range: 11-13) post-intervention. This research demonstrates the positive impact of CBT-based psychological interventions in women with infertility. The implementation of six CBT sessions proved feasible, achieving a notable reduction in perceived stress.

Keywords: infertility, stress, cognitive behavioral therapy, assisted reproduction, psychological intervention

La infertilidad se caracteriza por la incapacidad de concebir un embarazo tras 12 meses de relaciones sexuales sin protección, constituyendo un problema de salud global de creciente preocupación (Borghet & Wyns, 2018). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), 48 millones de parejas y 186 millones de personas viven con infertilidad, afectando significativamente su bienestar físico, psicológico y social.

Aproximadamente el 15% de las parejas a nivel mundial enfrentan infertilidad en algún momento de sus vidas, con una prevalencia de una de cada cuatro parejas en países en desarrollo (Urgilés et al., 2024; Bueno-Sánchez et al., 2024). En el contexto nacional, el porcentaje de parejas que tiene problema de infertilidad ronda entre un 15 y 20% (Javier Sepúlveda & Urbáez Castillo, 2023).

Ante esta alta prevalencia, los sistemas de salud han desarrollado diversas respuestas médicas para abordar la infertilidad. Las técnicas de reproducción asistida (TRA) de baja complejidad, como la inseminación intrauterina (IIU) y la inducción de la ovulación con coito cronometrado, se priorizan por su accesibilidad y rentabilidad, alcanzando tasas de embarazo del 15-30,8% dependiendo de factores como la edad materna y la causa de infertilidad (Rodríguez Abalo et al., 2024). En países latinoamericanos, el TRA es un procedimiento de alta demanda (Zegers-Hochschild et al., 2022).

Sin embargo, aunque estos tratamientos representan una esperanza para muchas parejas, conllevan simultáneamente una significativa carga emocional, manifestándose con altas incidencias en niveles de ansiedad, estrés, depresión, culpa y baja autoestima entre los pacientes (Rujas Bracamonte et al., 2021; Santa-Cruz et al., 2023).

Esta dimensión psicológica del tratamiento no es un aspecto secundario, sino que puede influir directamente en los resultados médicos. La ansiedad elevada resultado del estrés puede

afectar negativamente a los resultados del tratamiento de reproducción asistida (Poulter et al., 2024), mientras que los niveles de estrés influyen considerablemente en el bienestar general de las pacientes durante el proceso (Sallem et al., 2021).

Profundizando en el impacto psicológico, se observa que la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida afectan múltiples dimensiones de la calidad de vida de las parejas, con mayor incidencia en mujeres que en hombres. Aunque la infertilidad no constituye una enfermedad psiquiátrica en sí misma, genera importantes alteraciones emocionales, siendo la ansiedad la más prevalente, con hasta un 60% de las mujeres experimentando modificaciones en su estado anímico durante los TRA (Pérez & Barraca, 2016).

Este impacto emocional no ocurre aisladamente, sino que se ve agravado por factores contextuales como el estrés marital, la presión social, los costos económicos y la incertidumbre sobre el éxito del tratamiento. La magnitud de este malestar es tal que puede llevar hasta al 54% de las parejas a abandonar el tratamiento antes de completar tres ciclos (Stanhiser & Steiner, 2018). Esta situación genera un círculo problemático, ya que el malestar psicológico se relaciona directamente con una menor adherencia al tratamiento y menores tasas de éxito reproductivo.

Ante esta necesidad claramente identificada, la literatura científica ha consolidado ampliamente la eficacia de las intervenciones psicológicas en el manejo del malestar emocional asociado a la infertilidad. Entre estas, la terapia cognitivo-conductual (TCC) destaca por sus resultados consistentes en la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva en esta población específica. Se ha documentado reducciones significativas en los niveles de estrés, ansiedad y depresión en parejas que enfrentan problemas de fertilidad tras recibir intervenciones basadas en TCC (Abdollahpour et al., 2021). Estas intervenciones incorporan técnicas específicas como la

relajación, meditación, resolución de problemas y manejo de emociones, cuya eficacia se ha demostrado tanto en formatos extensos como en intervenciones breves.

Un hallazgo particularmente relevante en este campo es que incluso las intervenciones de corta duración centradas específicamente en el manejo del estrés producen mejoras significativas en la calidad de vida y reducción de ansiedad en mujeres sometidas a tratamientos reproductivos (Heredia et al., 2020; Shafierizi et al., 2024).

Para comprender mejor por qué estas intervenciones resultan efectivas, es importante analizar los mecanismos terapéuticos que explican estos efectos beneficiosos, los cuales han sido identificados a través de diversos ensayos controlados aleatorios (ECA). La reestructuración cognitiva emerge como componente fundamental para modificar patrones de pensamiento catastrófico frecuentes en esta población, mientras que técnicas de activación conductual contribuyen significativamente a disminuir los niveles de ansiedad y mejorar el estado de ánimo (Hwang et al., 2024).

Complementando estos mecanismos psicológicos, la reducción del estrés fisiológico constituye otro mecanismo central, considerando los niveles elevados de cortisol documentados en personas con infertilidad. En esta línea, técnicas específicas como la relajación muscular progresiva han demostrado eficacia en la reducción de marcadores biológicos de estrés (Ibrahim et al., 2021).

Es importante señalar que, a pesar de esta evidencia favorable, la literatura también revela matices en la efectividad de estas intervenciones según su configuración y población objetivo. Por ejemplo, la combinación de TCC breve con otros enfoques terapéuticos ha mostrado resultados variables, con algunas investigaciones reportando reducciones modestas en ciertos parámetros psicológicos (Shafierizi et al., 2024).

Estos hallazgos clínicos adquieren mayor profundidad cuando se analizan desde marcos teóricos bien establecidos que fundamentan las intervenciones. La terapia cognitiva de Beck proporciona un marco teórico robusto para comprender e intervenir en los procesos cognitivos distorsionados frecuentes en personas que enfrentan infertilidad. Este enfoque sostiene que las interpretaciones erróneas de la realidad son susceptibles de modificación terapéutica para mejorar el bienestar psicológico. En el contexto específico de la infertilidad, el modelo de Vulnerabilidad y el modelo de Personalidad Cognitiva han facilitado la identificación de esquemas cognitivos y componentes vitales generadores de estrés y preocupación excesiva (González Tuta et al., 2017).

Complementariamente a la perspectiva cognitiva, la teoría del estrés de Richard Lazarus ofrece una visión dinámica de la relación persona-entorno, donde el individuo evalúa constantemente si las demandas situacionales exceden sus recursos de afrontamiento. Esta conceptualización distingue entre respuestas manipulativas, orientadas a modificar la relación con el factor estresante, y respuestas acomodativas, centradas en la adaptación y ajuste a circunstancias percibidas como inmodificables (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

La integración de estos dos marcos teóricos -cognitivo y de estrés- ha permitido desarrollar aproximaciones terapéuticas más completas. Actualmente, los métodos de intervención psicológica para personas que enfrentan infertilidad integran elementos de ambos enfoques, adaptándose específicamente a las necesidades de esta población como los mecanismos de evaluación y respuesta al estrés, ofreciendo un abordaje integral que maximiza los beneficios terapéuticos y se alinea con las particularidades de la experiencia de infertilidad (Humenuik et al., 2023).

Considerando la problemática expuesta, la evidencia científica disponible y los fundamentos teóricos presentados, este estudio se propone responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto de una intervención psicológica basada en la terapia cognitivo-conductual en la reducción del estrés en mujeres diagnosticadas con infertilidad que se someten a tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad?

El objetivo de esta investigación es evaluar el impacto de una intervención psicológica basada en terapia cognitivo-conductual sobre los niveles de estrés en mujeres diagnosticadas con infertilidad que se someten a tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad.

La investigación parte del supuesto de que una disminución en los niveles de estrés, lograda mediante una intervención psicológica estructurada, estará asociada con una mejora significativa en la percepción subjetiva de bienestar y calidad de vida de los participantes durante el proceso de tratamiento.

Esta investigación tiene la capacidad de generar impactos en diversos ámbitos. A nivel clínico, podría sentar las bases para integrar intervenciones psicológicas basadas en terapia cognitivo-conductual (TCC) como parte estándar de los protocolos de atención a la infertilidad, promoviendo un abordaje integral que combine el tratamiento biomédico con el apoyo emocional.

Esto no solo mejoraría la calidad de la atención y los resultados de los tratamientos de reproducción asistida, sino que también contribuiría a la salud mental de las pacientes, reduciendo el estrés asociado a la infertilidad. En el ámbito científico, el estudio aportaría evidencia sobre cómo las intervenciones psicológicas influyen en el bienestar de las mujeres, generando conocimiento clave para diseñar estrategias más efectivas en el futuro.

Además, los hallazgos podrían reducir el estigma social hacia la salud mental en el contexto de la infertilidad. En el plano económico, si la intervención demuestra aumentar la adherencia a los tratamientos y sus tasas de éxito, podría optimizar la inversión en TRA al reducir abandonos prematuros y costos asociados.

Método

Participantes

La población de estudio estuvo conformada por mujeres diagnosticadas con infertilidad que recibieron tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad (como inseminación intrauterina o coito programado con inducción de ovulación) en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Santo Domingo, República Dominicana. La muestra objetivo consistió en 10 mujeres, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia basado en su disponibilidad y disposición para participar en la intervención. Este tamaño muestral se consideró adecuado para un estudio preliminar, alineándose con investigaciones previas en el campo de la infertilidad que utilizaron muestras pequeñas para intervenciones piloto (Maleki-Saghooni et al., 2017).

Los criterios de inclusión fueron: (a) mujeres de entre 25 y 45 años, rango típico para TRA; (b) diagnóstico confirmado de infertilidad; (c) en tratamiento de TRA de baja complejidad; (d) capacidad para proporcionar consentimiento informado; y (e) compromiso para asistir a las seis sesiones de terapia. Se excluyeron: (a) mujeres con trastornos mentales graves (p. ej., depresión mayor, trastorno bipolar, psicosis); (b) incapacidad para comprender español; y (c) condiciones médicas que impidieran la participación. Se recopilaron datos demográficos como edad, estado civil, nivel educativo, estatus socioeconómico y duración del tratamiento de infertilidad para caracterizar la muestra

Instrumentos

La Escala de Estrés Percibido (PSS), desarrollada por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), es un cuestionario de autoinforme de 14 ítems que mide el grado en que las personas perciben las situaciones de su vida como estresantes (Ver Apéndice A). Utiliza una escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 4 = muy a menudo). La puntuación total, que oscila entre 0 y 56, se obtiene invirtiendo las respuestas de siete ítems positivos y sumando todos los ítems; puntuaciones más altas indican mayor estrés percibido. Se empleó la versión en español adaptada por Remor (2006), que reporta una confiabilidad de $\alpha = .81$ y validez adecuada en poblaciones hispanohablantes. Este instrumento fue elegido por su amplia utilización en estudios sobre estrés relacionado con la infertilidad como es el de Abdollahpour et al., (2021); Monterrosa-Castro et al. (2022).

Procedimiento

Se implementó un diseño cuasiexperimental pre-post de un solo grupo. Tras obtener la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) código ACECEI2024-227, se reclutó a las participantes en la clínica de fertilidad del hospital (Ver Apéndice B y Apéndice C). El personal médico identificó a mujeres elegibles y les proporcionó información inicial sobre el estudio. Las interesadas se reunieron con el investigador principal para recibir detalles adicionales y firmar el consentimiento informado (Ver Apéndice D), garantizando su comprensión de los riesgos, beneficios y carácter voluntario de la participación.

Entre el 10 de junio y el 23 de julio de 2025 se implementó un programa individual de intervención psicológica con una duración de seis sesiones, dirigido a mujeres con diagnóstico confirmado de infertilidad en tratamiento de reproducción asistida de baja complejidad. Las sesiones se llevaron a cabo de forma semanal, con una duración aproximada de 60 minutos cada

una. El abordaje terapéutico se fundamentó en la terapia cognitivo-conductual (Beck, 1976; Beck, 2011) y en el modelo de afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman (1984), integrando elementos psicoeducativos, cognitivos, conductuales y de regulación emocional

Se administraron los cuestionarios PSS en una sesión inicial para establecer las puntuaciones preintervención, junto con un formulario de datos demográficos. La intervención consistió en seis sesiones individuales de TCC, de una hora cada una, impartidas semanalmente durante seis semanas por el investigador, un psicólogo capacitado siguiendo las preferencias identificadas por Warne et al. (2023) (Ver Apéndice E). Tras completar la intervención, se administró nuevamente el PSS para obtener las puntuaciones postintervención.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el software JASP (Versión 0.19.3). Se calcularon estadísticas descriptivas (medias, desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes) para las variables demográficas y las puntuaciones del PSS-10 tanto para la muestra inicial ($n = 4$) como para la muestra final ($n = 2$).

Para evaluar los cambios en el estrés percibido, se realizaron análisis descriptivos comparando las puntuaciones pre y postintervención del PSS-10. Dado el tamaño muestral reducido ($n = 2$), no se realizaron pruebas de significancia estadística, ya que estas requieren un tamaño muestral mayor para proporcionar resultados confiables.

Resultados

La muestra inicial consistió en cuatro participantes que cumplieron con todos los criterios de inclusión establecidos para el estudio. No se registraron datos faltantes para ninguna de las variables sociodemográficas analizadas.

El perfil sociodemográfico de las participantes mostró características específicas en varios aspectos relevantes. En cuanto al rango de edad, todas las participantes estuvieron entre los 25 y 37 años, con una media de 25.500 años ($DE = 1.732$). Se observó un predominio de participantes en unión libre, con tres participantes ($f = 3, 75.00\%$) frente a una participante casada ($f = 1, 25.00\%$). La mayoría de las participantes había cursado estudios universitarios, con tres participantes ($f = 3, 75.00\%$), mientras que una participante había completado estudios de secundaria ($f = 1, 25.00\%$).

Dos participantes se encontraban empleadas ($f = 2, 50.00\%$), una participante estaba desempleada ($f = 1, 25.00\%$) y una participante trabajaba de forma independiente ($f = 1, 25.00\%$). Se observó una distribución equitativa, con dos participantes que se identificaron como cristianas ($f = 2, 50.00\%$) y dos participantes que no especificaron afiliación religiosa ($f = 2, 50.00\%$).

La totalidad de las participantes reportó no tener hijos vivos ($f = 4, 100.00\%$). Tres participantes reportaron no haber experimentado pérdidas de embarazo ($f = 3, 75.00\%$), mientras que una participante sí había experimentado una pérdida de embarazo ($f = 1, 25.00\%$).

Dos participantes reportaron un tiempo de 1 a 3 años ($f = 2, 50.00\%$) y dos participantes indicaron un tiempo de más de 3 años ($f = 2, 50.00\%$).

La mayoría de las participantes ($f = 3, 75.00\%$), ya contaba con un diagnóstico confirmado. De las tres participantes diagnosticadas, cada una presentó un diagnóstico distinto, una participante con Hidrosalpinx en ambas trompas ($f = 1, 33.33\%$), una participante con Ovario Poliquístico e Hiperplasia ($f = 1, 33.33\%$) y una participante con trompas obstruidas ($f = 1, 33.33\%$). Una participante aún no tenía determinado su diagnóstico específico.

Una participante había recibido tratamiento de inducción de la ovulación ($f = 1$, 25.00%), una participante había llevado tratamiento de nutrición con sistema intrauterino (SIU) ($f = 1$, 25.00%), y dos participantes reportaron llevar otro tipo de tratamiento no específico ($f = 2$, 50.00%).

La totalidad de las participantes reportó no haber recibido acompañamiento psicológico previo ($f = 4$, 100.00%). Todas las participantes confirmaron que este era su primer tratamiento de reproducción asistida ($f = 4$, 100.00%).

Tres de las cuatro participantes reportaron no haber recibido previamente esta Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ($f = 3$, 75.00%), mientras que una participante respondió no saber si había recibido TCC anteriormente ($f = 1$, 25.00%).

Muestra Final

Del total de participantes iniciales, únicamente dos completaron la totalidad del programa de intervención de seis sesiones ($n = 2$, 50.00%). La muestra final presentó las siguientes características sociodemográficas:

Las participantes que completaron el estudio estuvieron entre los 25 y 37 años, con una media de 31.00 años ($DE = 8.485$). La distribución mostró que una participante tenía 25 años ($f = 1$, 50.00%) y una participante tenía 37 años ($f = 1$, 50.00%).

Se observó una distribución equitativa entre las participantes que completaron el programa, con una participante casada ($f = 1$, 50.00%) y una participante en unión libre ($f = 1$, 50.00%). El nivel educativo se distribuyó equitativamente: una participante tenía secundaria ($f = 1$, 50.00%) y otros estudios universitarios ($f = 1$, 50.00%) y una participante con estudios universitarios.

La distribución ocupacional de la muestra final mostró que una participante se encontraba empleada ($f= 1, 50.00\%$) y una participante trabajaba de forma independiente ($f= 1, 50.00\%$). En relación con la preferencia religiosa, una participante que se identificó como cristiana ($f= 1, 50.00\%$) y una participante que no especificó afiliación religiosa ($f= 1, 50.00\%$).

Ambas participantes reportaron no tener hijos vivos ($f= 2, 100.00\%$). En cuanto a la experiencia de pérdida de embarazo, una participante reportó no haber experimentado pérdidas de embarazo ($f= 1, 50.00\%$), mientras que una participante sí había experimentado una pérdida de embarazo ($f= 1, 50.00\%$).

Una participante reportó un tiempo de uno a tres años ($f= 1, 50.00\%$) y una participante indicó un tiempo de más de tres años ($f= 1, 50.00\%$) intentando concebir embarazo.

Ambas participantes contaban con diagnóstico de infertilidad confirmado ($f= 2, 100.00\%$). Una participante presentó Hidrosalpinx en ambas trompas ($f= 1, 50.00\%$) y una participante fue diagnosticada con Ovario Poliquístico e Hiperplasia ($f= 1, 50.00\%$).

La distribución de tratamientos en la muestra final mostró que una participante había recibido tratamiento de nutrición con sistema intrauterino (SIU) ($f= 1, 50.00\%$) y una participante reportó llevar otro tipo de tratamiento no específico ($f= 1, 50.00\%$).

Ninguna de las participantes había recibido acompañamiento psicológico previo ($f= 2, 100.00\%$). Indicaron que este era su primer tratamiento de reproducción asistida ($f= 2, 100.00\%$).

Sobre la experiencia previa con terapia cognitivo-conductual (TCC), ambas reportaron no haber recibido previamente este tipo de terapia ($f= 2, 100.00\%$).

Resultados de la Escala de Estrés Percibido

Los resultados de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) fueron evaluados en las dos participantes que completaron la totalidad del programa de intervención ($n = 2$), tanto en la medición previa al inicio de la intervención como en la evaluación posterior a la finalización del programa de seis sesiones.

En la evaluación pre intervención, las puntuaciones de estrés percibido mostraron una media de 29.500 ($DE = 3.536$), con un rango que osciló entre 27.000 puntos como valor mínimo y 32.000 puntos como valor máximo.

En la evaluación posterior a la intervención, se observó una reducción considerable en las puntuaciones de estrés percibido, con una media de 12.000 ($DE = 1.414$). El rango de puntuaciones post-intervención se situó entre 11.000 puntos como valor mínimo y 13.000 puntos como valor máximo.

Descripción de la Intervención

Se inició el proceso de intervención enfocado en la evaluación inicial, incluyendo historia médica y psicosocial, antecedentes del proceso de infertilidad y estrategias previas de afrontamiento. Se aplicó la Escala de Estrés Percibido (PSS-10; Remor, 2006) como medida basal. Durante esta primera sesión, las participantes compartieron espontáneamente sus motivaciones, temores y estado emocional. Algunas expresaron miedo ante la posibilidad de no concebir, tristeza por pérdidas previas o preocupación por comentarios despectivos del entorno.

En la segunda sesión se desarrolló una actividad psicoeducativa centrada en la relación entre el estrés y la infertilidad, enfatizando la explicación del modelo transaccional del estrés (Lazarus & Folkman, 1984). Se normalizaron reacciones emocionales como la ansiedad, la frustración y la tristeza. Se realizaron prácticas de autoconciencia para identificar señales

fisiológicas, cognitivas y conductuales de su respuesta al estrés y como tarea, se les pidió registrar situaciones estresantes y reacciones experimentadas durante la semana.

La tercera sesión introdujo el modelo ABC para analizar la relación entre acontecimientos, pensamientos y consecuencias emocionales y conductuales. Se identificaron distorsiones cognitivas frecuentes en el relacionadas con la infertilidad y se enseñó el uso del registro de pensamientos en tres columnas (situación, pensamiento, emoción). Las participantes reconocieron pensamientos automáticos negativos como “si este tratamiento falla, jamás seré madre” o “soy estéril, soy defectuosa”, asociados a emociones como tristeza, ansiedad y retraimiento.

Durante la cuarta sesión se aplicaron técnicas de reestructuración cognitiva. Se seleccionaron pensamientos disfuncionales previamente identificados y se trabajó su cuestionamiento mediante el método socrático. Las pacientes elaboraron pensamientos alternativos como “convertirme en madre puede tomar tiempo, pero hay opciones”, “no debo culparme, sino buscar apoyo” y “cada persona tiene su proceso”. Se practicaron afirmaciones orientadas al afrontamiento adaptativo, junto con ejercicios de diálogo interno positivo (De Castro et al., 2021).

La quinta sesión estuvo centrada en el aprendizaje de técnicas de autorregulación emocional. Se instruyó y practicó la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva, explicando su impacto fisiológico en la modulación del estrés. Las participantes reportaron sensación de calma, mejora del sueño y reducción gradual de su tensión diaria al incorporar estas herramientas de forma constante.

En la sexta y última sesión se revisaron los objetivos iniciales y los cambios alcanzados a nivel cognitivo, conductual y emocional. Se aplicó nuevamente el PSS-10 como medida

postintervención. Se promovió una reflexión narrativa acerca del proceso vivido, donde algunas expresaron haber fortalecido su autoestima y su capacidad de afrontamiento. Una de ellas señaló: “comprendí que hay opciones, que no estoy sola y que puedo seguir adelante”.

Descripción de los Casos Clínicos

Caso P01

P01, de 25 años, en unión libre desde hace seis años, con estudios de secundaria y trabajadora independiente, llegó al programa de intervención con un diagnóstico de ovario poliquístico e hiperplasia endometrial. Llevaba entre uno y tres años intentando concebir y se encontraba recibiendo tratamiento de inducción ovárica, además de un sistema intrauterino (SIU) y apoyo nutricional.

Durante la evaluación inicial, P01 expresó su motivación principal: *"espero encontrar herramientas para manejar el estrés y ansiedad, frustración, me duelen los comentarios de la familia"*. Su puntuación inicial en el PSS-10 fue de 27 puntos, mostrando un nivel moderado-alto de estrés percibido. Describió sentimientos de frustración y tristeza, particularmente relacionados con comentarios familiares hirientes como los de su padre: "no esperes que yo me muera para darme nieto" y de su suegra: "árbol que no da fruto".

A lo largo de las sesiones, mostró una progresión en su capacidad de autoconciencia emocional. En la segunda sesión, identificó emociones como esperanza, respeto, confianza, amor, sensibilidad, inspiración, liberación, inquietud, curiosidad, sorpresa, confusión, ansiedad, desesperación, depresión y aburrimiento. Reconoció que las emociones más frecuentes relacionadas con su infertilidad eran tristeza, frustración y estrés.

Durante la tercera sesión, cuando su cuñada anunció su embarazo, experimentó pensamientos automáticos negativos como "será que nunca lo lograré" y "soy estéril, soy

defectuosa". Estos pensamientos generaron nostalgia, incomodidad y llanto. A través del modelo ABC, pudo identificar la conexión entre el evento (A: cuñada anuncia embarazo), sus pensamientos (B: "soy defectuosa", "jamás seré madre"), y sus consecuencias emocionales (C: tristeza, desesperanza, aislamiento).

En la cuarta sesión, logró desarrollar pensamientos alternativos más adaptativos y compasivos. Cuando reflexionó sobre tratamientos anteriores que no funcionaron, inicialmente pensó "*será algo muy malo en mí*", pero logró reestructurar este pensamiento hacia: "*El diagnóstico muestra que hay factores en ambos. Sentir angustia es natural, pero culparme sola no es justo ni útil*".

Durante la quinta sesión, se mostró receptiva al aprendizaje de técnicas de relajación. Practicó respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, reportando sensaciones de calma y mejora en la calidad del sueño.

En la sesión final, demostró una transformación notable en su perspectiva. Su puntuación final en el PSS-10 fue de 11 puntos, representando una reducción de 16 puntos respecto a la evaluación inicial. Expresó: "*aprendí el ABC y las distorsiones sobre el estrés, nunca lo había visto así, aprendí mucho hoy*".

Caso P02

P02, de 37 años, casada, con estudios universitarios y empleada, se identificó como cristiana y llegó al programa con un diagnóstico de Hidrosalpinx en ambas trompas. Llevaba más de tres años intentando concebir y se preparaba para tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad (in vitro). Su historia reproductiva incluía tres pérdidas gestacionales: una en 2017, otra en 2021, y una pérdida perinatal de 40 semanas después del nacimiento.

Su evaluación inicial tuvo como resultado una puntuación de 32 puntos en el PSS-10, el nivel más alto de estrés percibido de la muestra. P02 describió su estado emocional como "*mi mente un poco desequilibrada, pienso negativo, espero poder controlar mi mente perdida y hablo sola, menos depresión*". Reportó problemas de sueño significativos, acostándose a la 1:00 AM y despertando a las 5:00 AM durante los últimos dos años.

Su situación familiar era compleja, incluyendo exclusión de reuniones familiares donde solo participaban madres con hijos vivos, siendo llamada "mula" por algunos familiares. Además, enfrentaba desafíos maritales, ya que su esposo tenía VIH positivo (controlado con tratamiento) y tres hijos de relaciones anteriores, lo que añadía complejidad a su proceso reproductivo.

Durante la segunda sesión, expresó: "nunca había podido hablar con nadie todo lo que hablamos en la terapia pasada". Describió sentirse "vacía" y sola, pero mostró esperanza en el proceso terapéutico. Cuando se le preguntó sobre evidencia de que nunca sería madre, inicialmente respondió: "*ya tengo tres pérdidas doctora y no he podido ser madre*", pero gradualmente comenzó a considerar otras posibilidades al observar a otras mujeres en situaciones similares que habían logrado ser madres.

En la tercera sesión, tras una ecografía transvaginal, experimentó pensamientos automáticos como "será que hay tratamiento para mi enfermedad de esterilidad", generando tristeza, miedo y estrés. A través del modelo ABC, identificó la conexión entre el evento (A: esterilidad), sus pensamientos (B: "no hay tratamiento"), y sus emociones (C: tristeza, miedo, susto).

P02 identificó múltiples distorsiones cognitivas, incluyendo pensamiento de todo o nada ("Si no puedo tener hijos, mi vida no tiene sentido"), exigencias internas rígidas ("Ya debería

estar embarazada a mi edad"), etiquetado ("Soy estéril", "Soy defectuosa"), y personalización ("Quizá hice algo mal y por eso no puedo concebir").

Durante la cuarta sesión, trabajó en reestructurar pensamientos de inferioridad ante otras mujeres. Inicialmente pensaba: "*las demás mujeres me ven como inferior*", pero logró desarrollar pensamientos alternativos: "No tengo evidencia clara de que las demás mujeres me vean como inferior. Es posible que esté proyectando mis propios miedos e inseguridades en sus acciones". Desarrolló una nueva narrativa personal: "*Soy valiosa, soy hija, soy hermana, soy digna de amor con o sin hijos, estoy atravesando un proceso muy difícil pero no estoy sola*".

En la quinta sesión, se mostró receptiva a las técnicas de autorregulación emocional, practicando respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. Reportó mejoras en su capacidad de manejo del estrés y mayor conciencia corporal.

Su proceso culminó con una puntuación final en el PSS-10 de 13 puntos, representando una reducción de 19 puntos respecto a la evaluación inicial. Expresó: "*aprendí que los pensamientos negativos afectan nuestras emociones y nuestras emociones se tejen en el cuerpo, las sentimos... hay muchas cosas que yo no sabía, pero hoy he aprendido y me va a ayudar*".

Manifestaciones del Cambio Terapéutico

Los efectos de la alianza terapéutica se manifestaron en cambios cognitivos y emocionales específicos. La participante P01 reportó haber desarrollado pensamientos más realistas y mayor control emocional, expresando: "*Estoy atravesando un proceso muy difícil, pero no estoy sola*". Por su parte, P02 manifestó experimentar mayor relajación y un nuevo entendimiento sobre su condición, afirmando: "*Ahora entiendo mi condición de mujer infértil, pero he aprendido que soy mujer más allá de la maternidad biológica, y soy valiosa*".

Estas verbalizaciones reflejan tanto los beneficios emocionales de la intervención como el poder transformador de una relación terapéutica caracterizada por la empatía, autenticidad y contención.

Factores Comunes Entre Participantes

Las participantes presentaron perfiles diferenciados en aspectos demográficos básicos (Ver Apéndice F), P01 de 25 años con diagnóstico de ovario poliquístico e hiperplasia, en unión libre; P02 de 37 años con hidrosalpinx bilateral, casada. Ambas se encontraban en edad reproductiva y mantenían un compromiso emocional significativo con el deseo de concebir.

Al inicio de la intervención, ambas participantes presentaron elevados niveles de estrés percibido (P01: 27 puntos; P02: 32 puntos), indicando alta vulnerabilidad emocional. La situación emocional inicial se caracterizó por frustración, tristeza y ansiedad relacionada con presiones familiares y sociales. Las dos participantes habían internalizado discursos sociales negativos sobre su identidad femenina vinculados a la fertilidad. P01 reportó comentarios hirientes del padre y la suegra, mientras que P02 describió experiencias de exclusión familiar y juicios sociales.

Ambas participantes identificaron pensamientos automáticos negativos relacionados con su condición. P01 presentaba cogniciones como "soy defectuosa" y "jamás seré madre", mientras que P02 manifestaba ideas como "mi vida no tiene sentido sin hijos" y "soy inferior". Lograron aplicar efectivamente el modelo ABC, diferenciando entre evento activador, pensamiento y consecuencia emocional. P01 desarrolló el pensamiento alternativo: "Sentir angustia es natural, pero no debo culparme", mientras que P02 logró formular: "Estoy atravesando un proceso difícil pero no estoy sola".

Incorporaron técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, reportándolas como útiles para el manejo del estrés en el día a día. La efectividad de la intervención se reflejó en la disminución significativa del estrés percibido post-intervención: P01 redujo 16 puntos (de 27 a 11) y P02 disminuyó 19 puntos (de 32 a 13) en la escala PSS-10.

La reflexión consciente del aprendizaje terapéutico, expresada por P01 como "*Aprendí el ABC y las distorsiones, nunca lo había visto así*" y por P02 como "*Hay muchas cosas que yo no sabía pero hoy aprendí*".

Discusión

Los resultados proporcionan evidencia sobre la efectividad de la intervención psicológica basada en terapia cognitivo-conductual para reducir el estrés percibido en mujeres con infertilidad sometidas a tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad. Las puntuaciones de la Escala de Estrés Percibido mostraron una reducción entre las evaluaciones pre y postintervención, constituyendo un cambio clínicamente relevante que responde directamente a la pregunta de investigación planteada.

La magnitud de esta reducción resulta notable considerando que las participantes iniciaron con niveles de estrés considerablemente elevados, situándose en rangos altos según los baremos establecidos y confirmando la presencia de malestar psicológico significativo en esta población. Esta intervención logró llevar a las participantes a niveles considerablemente más bajos, aproximándose a los rangos normativos de la población general.

La disminución en la variabilidad de las respuestas indica no solo una reducción general del estrés sino también mayor homogeneidad postintervención. Este patrón sugiere que ambas participantes experimentaron beneficios similares, y la convergencia hacia niveles más bajos y menos variables de estrés percibido apoya la consistencia de los efectos terapéuticos observados.

Las intervenciones psicológicas basadas en la terapia cognitivo-conductual demuestran eficacia para gestionar el malestar emocional asociado con la infertilidad. La considerable reducción en los niveles de estrés percibido coincide con los resultados de Abdollahpour et al. (2021), quienes reportaron disminuciones significativas en estrés, ansiedad y depresión en parejas con problemas de fertilidad tras participar en intervenciones basadas en TCC.

Esta efectividad también coincide con los hallazgos de Heredia et al. (2020) y Shafierizi et al. (2024), quienes demostraron que las intervenciones de corta duración centradas en el manejo del estrés producen mejoras significativas en la calidad de vida y reducción de ansiedad relacionadas al estrés en mujeres sometidas a tratamientos reproductivos. El programa implementado de seis sesiones se considera estar dentro del rango de intervenciones breves que han mostrado eficacia, validando la decisión de utilizar un formato intensivo pero de duración limitada.

Los componentes terapéuticos utilizados en la reestructuración cognitiva permitieron a las participantes modificar patrones de pensamiento catastrófico frecuentes en esta población, como documentan Hwang et al. (2024). Las técnicas de autorregulación emocional, particularmente la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva, pudieron haber contribuido a la reducción del estrés, alineándose con lo reportado por Ibrahim et al. (2021) sobre la eficacia de estas técnicas en la reducción de marcadores biológicos de estrés.

Sin embargo, los resultados difieren de lo aportado por Shafierizi et al. (2024) debido a que observaron reducciones más limitadas cuando combinaron la TCC breve con otros enfoques terapéuticos. Esta discrepancia podría deberse a que la intervención de este estudio se enfocó exclusivamente en componentes cognitivo-conductuales, excluyendo elementos de otros enfoques, lo que probablemente incrementó la coherencia y efectividad del tratamiento.

La intervención cognitivo-conductual implementada se basa en el modelo de Lazarus y Folkman (1984), donde el estrés resulta de la evaluación cognitiva que las personas realizan sobre las situaciones y sus recursos de afrontamiento. En infertilidad, las mujeres interpretan su diagnóstico, los procedimientos médicos y los resultados como amenazas a sus proyectos de vida, experimentando pérdida de control sobre su capacidad reproductiva y cambios en su identidad personal y social (Golshani et al., 2021).

El modelo ABC de la TCC permite identificar conexiones disfuncionales entre eventos, interpretaciones cognitivas y respuestas emocionales. Los eventos como anuncios de embarazos ajenos, resultados negativos de pruebas o fracasos de tratamientos activan creencias irracionales ("nunca seré madre", "soy defectuosa") que generan depresión, ansiedad y desesperanza (Wang et al., 2023). Los factores curativos de Yalom complementan este enfoque mediante la instilación de esperanza, universalidad de la experiencia y cohesión grupal, elementos que se llegan a relacionar con el aislamiento social característico de esta población (Zahra et al., 2019).

La efectividad de estas intervenciones cuenta con respaldo, por ejemplo, Abdollahpour et al. (2022) analizaron múltiples estudios y encontraron reducciones considerables en depresión y ansiedad en parejas infértiles comparado con grupos control. Wang et al. (2023) evaluaron estudios controlados aleatorizados, demostrando mejoras en depresión, ansiedad, estrés relacionado con infertilidad y calidad de vida.

La reestructuración cognitiva modifica patrones de pensamiento disfuncionales como catastrofización, personalización, pensamiento dicotómico y exigencias internas rígidas (Kheirkhah et al., 2023). Las técnicas de autorregulación emocional actúan sobre el sistema nervioso autónomo, reduciendo la activación simpática del estrés crónico y promoviendo la activación parasimpática (Ibrahim et al., 2021). El componente psicoeducativo proporciona

información precisa sobre la relación estrés-infertilidad, reduciendo autoculpabilización y facilitando la búsqueda de apoyo social (Warne et al., 2023).

El formato de sesiones semanales equilibra la intensidad terapéutica necesaria con la factibilidad en sistemas de salud con recursos limitados (Dube et al., 2022). La integración de estas intervenciones en protocolos de reproducción asistida no solo mejora el bienestar emocional, sino que puede incrementar las tasas de embarazo según la revisión realizada por Dube et al. (2023).

Influencia de la Alianza Terapéutica en el Proceso de Cambio

El proceso terapéutico facilitó la construcción de narrativas personales donde el valor propio no dependía exclusivamente de la capacidad reproductiva. Esta resignificación constituyó un elemento central en la transformación de la experiencia de infertilidad de ambas participantes.

El establecimiento de una alianza terapéutica constituyó un factor determinante en el proceso de acompañamiento de ambas participantes. Desde las sesiones iniciales, cada participante manifestó sentirse escuchada, validada y comprendida, experimentando el espacio terapéutico como un ambiente seguro que facilitó la apertura emocional y la narrativa sobre su experiencia según su condición de infertilidad. Esto que la calidad de la alianza cliente-terapeuta constituye un predictor confiable de resultados clínicos positivos, independientemente de la variedad de enfoques psicoterapéuticos y medidas de resultado utilizadas (Ardito & Rabellino, 2011).

El cambio observado en ambas participantes se puede explicar a partir del modelo transteórico de DiClemente y Prochaska, el cual describe este proceso como gradual y compuesto por etapas definidas, en las que distintos factores inciden en cada transición (Prochaska & DiClemente, 1982). Las participantes transitaron desde una etapa inicial de

contemplación, caracterizada por el reconocimiento de pensamientos disfuncionales, pero con ambivalencia hacia el cambio, hacia las etapas de preparación y acción, evidenciadas por la aplicación activa de técnicas cognitivo-conductuales y la reestructuración de sus narrativas personales.

Se sugiere que la efectividad de la intervención de seis sesiones se sustenta en esta comprensión del cambio como un proceso evolutivo, donde la alianza terapéutica facilitó que ambas participantes progresaran a través de las etapas (Krebs et al., 2018), culminando en una transformación de sus cogniciones y estrategias de afrontamiento ante la infertilidad.

Limitaciones y Fortalezas

Este estudio presenta características metodológicas que requieren evaluación. Primero, el tamaño muestral reducido y el diseño cuasiexperimental pre-post sin grupo control impiden realizar análisis estadísticos inferenciales y establecer relaciones causales definitivas. No obstante, la implementación de una intervención estructurada y fundamentada teóricamente en principios de la terapia cognitivo-conductual permite la replicación del estudio (Kremer et al., 2023).

Segundo, la selección mediante muestreo no probabilístico por conveniencia introduce sesgos de selección, ya que las participantes que aceptaron participar podrían tener características específicas que limitan la representatividad de los resultados. Sin embargo, el enfoque en una población específica y bien definida proporciona mayor homogeneidad y reduce la variabilidad asociada a diferentes tipos de tratamientos.

Tercero, la interrupción del programa por parte de dos participantes debido a dificultades para obtener permisos laborales muestra barreras estructurales que afectan la adherencia a intervenciones psicológicas en poblaciones trabajadoras. Esta situación es consistente con la

literatura que documenta cómo las demandas laborales y los conflictos de horarios constituyen obstáculos para la continuidad en tratamientos de salud mental (Duthie et al., 2017).

Las participantes no abandonaron por falta de motivación o insatisfacción con la intervención, sino por incompatibilidad entre los horarios de trabajo y las sesiones terapéuticas. A pesar de esta limitación, la implementación exitosa en un entorno de salud pública demuestra la viabilidad de integrar intervenciones psicológicas en estos sistemas, aportando validez ecológica a los hallazgos.

Cuarto, el uso de una única herramienta de medición y la ausencia de seguimiento a largo plazo limitan la evaluación del impacto en otras dimensiones como ansiedad específica por fertilidad o calidad de vida. No obstante, la selección del PSS-10, un instrumento validado y ampliamente utilizado con propiedades psicométricas adecuadas, fortalece la validez de los resultados (Monterrosa-Castro et al., 2022).

Implicaciones

Los resultados de este estudio tienen implicaciones importantes para la práctica clínica en el campo de la medicina reproductiva y la psicología de la salud. La magnitud de la reducción en el estrés percibido observada en las participantes que completaron la intervención nos sugiere que las intervenciones psicológicas breves basadas en TCC pueden ser integradas como complemento a los tratamientos médicos de reproducción asistida.

Para los profesionales de la salud que trabajan en clínicas de fertilidad, estos hallazgos apoyan la integración de servicios de salud mental como parte del cuidado integral de las pacientes con infertilidad. No se trata únicamente de mejorar el bienestar emocional, aunque esto ya sería suficientemente valioso, sino de reconocer que existe un cuerpo creciente de evidencia que vincula los niveles elevados de estrés con menores tasas de éxito en los tratamientos de

reproducción asistida. En este sentido, la intervención psicológica no es un complemento únicamente, sino una necesidad clínica.

La implementación práctica de estos hallazgos requiere una reflexión cuidadosa sobre el formato y la estructura. El protocolo de seis sesiones semanales utilizado demostró ser manejable tanto para las pacientes como para el equipo clínico, lo cual es importante en un entorno donde los recursos y el tiempo son limitados. Sin embargo, no se puede ignorar la realidad que presenta la tasa de abandono. Esto sugiere que por muy efectiva que sea la intervención, si las pacientes no pueden adherirse a ella, su impacto se ve severamente limitado.

Para los psicólogos clínicos que trabajan con poblaciones con infertilidad, este estudio proporciona un protocolo estructurado que puede ser adaptado a diferentes situaciones. La combinación de técnicas cognitivas, conductuales y de regulación emocional demostró ser efectiva, un enfoque integrador puede ser más beneficioso que intervenciones que se centren exclusivamente en una modalidad terapéutica.

Recomendaciones

Las intervenciones psicológicas para mujeres con infertilidad requieren investigaciones futuras que aborden aspectos clave para fortalecer su diseño y aplicación. Priorizar estudios con metodologías rigurosas, como ensayos controlados aleatorios con grupos de control adecuados y muestras más amplias, permitirá realizar análisis estadísticos más precisos y generalizables.

Investigar modificaciones en el formato de las intervenciones, como sesiones más breves, dinámicas grupales o componentes virtuales, podría aumentar la retención de las participantes.

Un área crítica que requiere la atención del Estado es la promoción de condiciones que favorezcan la adherencia a las intervenciones en salud mental dentro del sistema público. Es

fundamental que las autoridades desarrollen estrategias estructurales que faciliten la participación sostenida de las usuarias.

Esto incluye la creación de protocolos de cribado que identifiquen no solo necesidades clínicas, sino también barreras socio ocupacionales, y la promoción de intervenciones adaptadas a contextos reales como sesiones más breves, modalidades grupales o virtuales que puedan integrarse sin conflicto con las responsabilidades laborales.

Evaluar la durabilidad de los efectos terapéuticos también es esencial. Estudios longitudinales con seguimientos a tres, seis y doce meses postintervención revelarán si los beneficios persisten o si se requieren sesiones de refuerzo. Estos datos serán clave para determinar la relación costo-efectividad de las intervenciones en sistemas de salud pública.

Ampliar las medidas de resultado enriquecerá la evaluación de estas intervenciones. Incorporar instrumentos que midan ansiedad específica por infertilidad, calidad de vida, funcionamiento marital, adherencia a tratamientos médicos y, cuando sea posible, resultados reproductivos ofrecerá una visión más completa de su impacto.

Otro foco importante es identificar los mecanismos de cambio que explican los efectos de las intervenciones. Analizar variables mediadoras, como estrategias de afrontamiento, autoeficacia, apoyo social percibido y regulación emocional, ayudará a diseñar programas más precisos y efectivos.

Conclusión

En conclusión, esta investigación proporciona evidencia sobre el impacto positivo de las intervenciones psicológicas basadas en terapia cognitivo-conductual en mujeres con infertilidad.

Los resultados principales de este estudio se centran en tres aspectos fundamentales. La implementación de seis sesiones de TCC demostró ser viable en el del Hospital Universitario

Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Las participantes mostraron resultados positivos en la reducción del estrés percibido tras la intervención. Se identificaron desafíos importantes relacionados con la adherencia al tratamiento psicológico que requieren atención en futuras implementaciones.

Quedan pendientes múltiples interrogantes sobre cómo optimizar estas intervenciones, mejorar la adherencia de las pacientes y evaluar su impacto a largo plazo. Se requieren estudios controlados aleatorizados con muestras más grandes para confirmar estos hallazgos y explorar modalidades alternativas de intervención.

Los resultados de este estudio requieren acciones concretas por parte de las instituciones de salud especializadas en reproducción asistida. La incorporación del apoyo psicológico como protocolo estándar podría mejorar significativamente la calidad de vida de las mujeres durante los tratamientos de fertilidad y contribuir a mejores resultados integrales del tratamiento.

Referencias

- Abdolahi, H., Ghojazadeh, M., Abdi, S., Farhangi, M., Nikniaz, Z., & Nikniaz, L. (2019). Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression of infertile women: A meta-analysis. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 8(6), 251-259.
https://journals.lww.com/apjr/fulltext/2019/08060/effect_of_cognitive_behavioral_therapy_on_anxiety.1.aspx
- Abdollahpour, S., Taghipour, A., Mousavi Vahed, S. H., & Latifnejad Roudsari, R. (2021). The efficacy of cognitive behavioral therapy on stress, anxiety and depression of infertile couples: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 41(7), 1034-1042. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1904217>
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers In Psychology*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Bai, C. F., Cui, N. X., Xu, X., Mi, G. L., Sun, J. W., Shao, D., & Cao, F. L. (2019). Effectiveness of two guided self-administered interventions for psychological distress among women with infertility: a three-armed, randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 34(7), 1235-1244. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez066>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Borghet, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>

Bueno-Sánchez, L., Alhambra-Borrás, T., Bonilla-Campos, A., & Durá-Ferrandis, E. (2024).

Psychometric characteristics of core FertiQoL questionnaire in a Spanish sample of infertile women. *Anales de Psicología*, 40(3), 364-372.

<https://doi.org/10.6018/analesps.613491>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress.

Journal of Health and Social Behavior, 24(4), 385-396.

<https://doi.org/10.2307/2136404>

De Castro, M. H. M., Mendonça, C. R., Noll, M., De Abreu Tacon, F. S., & Amaral, W. N. D.

(2021). Psychosocial aspects of gestational grief in Women undergoing Infertility treatment: A Systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13143.

<https://doi.org/10.3390/ijerph182413143>

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia E Saúde*, 11(2), 55-66.

<https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>

Díaz, F. C. M., Nazar, G., & Mendoza-Parra, S. (2018). Antecedentes de adherencia a

tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia La Promoción De La Salud*, 23(2), 67-78. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.5>

Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., & Delgadillo, J. (2021). Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *British Journal Of Clinical Psychology*, 60(3), 375-399.

<https://doi.org/10.1111/bjc.12288>

- Dube, L., Bright, K., Hayden, K. A., & Gordon, J. L. (2022). Efficacy of psychological interventions for mental health and pregnancy rates among individuals with infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 29(1), 71-94. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac034>
- Duthie, E. A., Cooper, A., Davis, J. B., Schoyer, K. D., Sandlow, J., Strawn, E. Y., & Flynn, K. E. (2017). A conceptual framework for patient-centered fertility treatment. *Reproductive Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0375-5>
- Gonzalez Tuta, D., Barreto Porez, A., & Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 201-207. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1114>
- Heredia, A., Padilla, F., Castilla, J. A., & Garcia-Retamero, R. (2020). Effectiveness of a psychological intervention focused on stress management for women prior to IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(2), 113-126. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1601170>
- Humeniuk, E., Pucek, W., Wdowiak, A., Filip, M., Bojar, I., & Wdowiak, A. (2023). Supporting the treatment of infertility using psychological methods. *Annals Of Agricultural And Environmental Medicine*, 30(4), 581-586. <https://doi.org/10.26444/aaem/171874>
- Hwang, Y., Lee, J., Hwang, J., Sim, H., Kim, N., & Kim, T. (2024). Psychiatric Considerations of Infertility. *Psychiatry Investigation*, 21(11), 1175-1182. <https://doi.org/10.30773/pi.2024.0239>
- Ibrahim, R., Hagrasy, E., Ali, S., & Elagamy, M. (2021). Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation on Minimizing Stress among Women with Infertility. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(2), 255-264. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.150264>

- Javier Sepúlveda, O., & Urbáez Castillo, K. (2023). Factores que influyen en el desarrollo de la infertilidad en mujeres en periodo fértil Que asistieron a la consulta de Endocrinología Ginecológica del Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, 2017-2021 [Tesis de grado, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/5163>
- Kheirkhah, F., Faramarzi, M., Shafierizi, S., Chehrazi, M., & Basirat, Z. (2023). Preliminary examination of acceptability, feasibility, and effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy for treatment of depression and anxiety in infertile women. *Heliyon*, 9(5), e15760. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15760>
- Krebs, P., Norcross, J., Nicholson, J., & Prochaska, J. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 74 11, 1964-1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Maleki-Saghooni, N., Amirian, M., Sadeghi, R., & Latifnejad Roudsari, R. (2017). Effectiveness of infertility counseling on pregnancy rate in infertile patients undergoing assisted reproductive technologies: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 15(6), 391-402. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5601930/>
- Monterrosa-Castro, A., Gonzalez-Sequeda, A., & Romero-Martinez, S. (2022). Estrés psicológico percibido y factores asociados en gestantes de bajo riesgo que acuden a control prenatal. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 22(1). <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.4085.2022>

- Nakao, M., Shirotaki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial Medicine*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). Infertility. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Pérez, M., & Barraca, J. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en los procesos de reproducción asistida. una revisión. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 15(2), 113-129. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428377>
- Poulter, M., Balsom, A., & Gordon, J. (2024). Pilot trial of a new self-directed psychological intervention for infertility-related distress. *Pilot And Feasibility Studies*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40814-024-01535-y>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1994). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of Therapy. Reimpresión
- Rathore, K., Srivastava, K., Tiwari, A., Pandey, S., Kumari, J., & Biswal, M. (2024). Stress and coping strategies. *International Journal For Multidisciplinary Research*, 6(6). <https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i06.31322>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>
- Rodríguez Abalo, O., Rodríguez Puga, R., & Pérez Díaz, Y. (2024). Resultados de aplicación de técnicas de reproducción asistida de baja complejidad en la pareja infértil. *Acta Médica*, 23. <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/368>

- Rujas Bracamonte, S., Serrano Gallardo, P., & Martínez Marcos, M. (2021). Descubrir la infertilidad: la experiencia de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida. *Revista Española de Salud Pública*, 95, 1-13.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34643187/>
- Sallem, A., Essoussi, H., Mustapha, H. B., Zaouali, M., & Ajina, M. (2021). Impact of psychological stress on the outcomes of assisted reproduction in Tunisian infertile women. *Pan African Medical Journal*, 40.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.250.32207>
- Santa-Cruz, D., Chamorro, S., & Caparros-Gonzalez, R. A. (2023). Optimism, Resilience, and Infertility-Specific Stress during Assisted Reproductive Technology. *Clinica y Salud*, 34(2), 79-84. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a19>
- Shafierizi, S., Basirat, Z., Nasiri-Amiri, F., Kheirkhah, F., Geraili, Z., Pasha, H., & Faramarzi, M. (2024). Predictors of nonresponse to treatment and low adherence to internet-based cognitive behavioral therapy in depressed/anxious women facing the couple's fertility problems: a secondary analysis of a randomized control trial. *BMC Psychiatry*, 24(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05484-3>
- Stanhiser, J., & Steiner, A. Z. (2018). Psychosocial Aspects of Fertility and Assisted Reproductive Technology. *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*, 45(3), 563-574. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.006>
- Szigeti, J., Kazinczi, C., Szabó, G., Sipos, M., Ujma, P., & Purebl, G. (2024). The clinical effectiveness of the Mind/Body Program for Infertility on wellbeing and assisted reproduction outcomes: a randomized controlled trial in search for active ingredients. *Human Reproduction*, 39(8), 1735-1751. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae119>

- Urgilés, R., León, N., & Llerena, G. (2024). Infertilidad, causas y tratamientos: Una revisión sistemática. *Revista Vive*, 7(21), 961-975.
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v7i21.353>
- Wang, G., Liu, X., & Lei, J. (2022). Cognitive behavioural therapy for women with infertility: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(1), 38-53. <https://doi.org/10.1002/cpp.2792>
- Warne, E., Oxlad, M., & Best, T. (2023). Consulting patients and providers of assisted reproductive technologies to inform the development of a group psychological intervention for women with infertility. *PEC Innovation*, 3, 100206.
<https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100206>
- Zahra, O. A., Soheila, R., Tahereh, B., Marzieh, A., & Atefeh, Y. (2019). The Effectiveness of Counseling with a Cognitive-Behavioral Approach on Infertile *Women's Stress*. *Maedica*, 14(4), 363–370. <https://doi.org/10.26574/maedica.2019.14.4.363>
- Zegers-Hochschild, F., Crosby, J., Musri, C., De Souza, M., Martinez, A., Silva, A., Mojarra, J., Masoli, D., & Posada, N. (2022). Assisted reproductive technologies in Latin America: the Latin American Registry, 2019. *JBRA*. <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20220034>

Apéndice A. Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)*

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor. Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?					
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?					
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?					
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?					
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?					
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?					
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?					
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?					
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?					
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?					
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?					
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?					

14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?					
--	--	--	--	--	--

Apéndice B. Certificación de Ética



CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Nombre Completo	Melkis Pérez
Matrícula o código institucional	241248
Correo Electrónico Institucional	mperez44@est.unibe.edu.do
Carrera/Posición:	Postgrado en Psicología
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-0933
Fecha	Wednesday, February 26, 2025

Michael A. Alcántara-Minaya, MD
 Coordinador Comité de Ética
 Vicerrectoría de Investigación e Innovación
 Universidad Iberoamericana (UNIBE)



Formulario de solicitud para certificación en ética

Debe llenar este formulario toda persona que desee tomar el examen para la certificación en ética del Comité de Ética de Investigación de UNIBE.

El examen de ética se habilita cada semana por por 72 horas.

Si usted no es estudiante, una persona del equipo del Decanato de Investigación e Innovación se ponga en contacto con usted para darle los detalles de acceso a la plataforma de blackboard para tomar su examen, en el caso de estudiantes podrán entrar via su plataforma blackboard de estudiantes una vez habilitado.

Para prepararse para el examen debe estudiar detenidamente el contenido del [Manual de Ética](#).

Puede encontrar información general del Comité de Ética [aquí](#).

Correo Electrónico Personal melkisyuperez@gmail.com

Comentarios adicionales

He tenido dificultad para que el examen habra la plataforma de Blacboard en fechas antes solicitada.

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO 757473

Apéndice C. Carta de Aprobación del Comité de Ética**Aplicación Completa para Estudiantes****Código de Aplicación** ACECEI2024-227**Nombre del Estudiante #1** Melkis Yuliza Pérez Pérez**Matrícula del Estudiante #1** 241248**Nombre del Proyecto de Investigación**

“ Impacto de una intervención Psicológica basada en terapia cognitivo conductual en la reducción del estrés en mujeres diagnosticadas con infertilidad que se someten a tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad, 25-45 años de edad en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Santo Domingo, República Dominicana, enero 2025- agosto 2025

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO

Apéndice D. Consentimiento Informado

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Este estudio busca evaluar cómo una intervención psicológica basada en TCC puede reducir los niveles de estrés en mujeres que reciben tratamiento de reproducción asistida de baja complejidad en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. El objetivo es promover su bienestar psicológico y analizar si esta intervención mejora las tasas de éxito en el tratamiento.

Esta investigación es conducida por Melkis Pérez, estudiante de la Maestría Intervención en Psicoterapia en la Universidad Iberoamericana (UNIBE), y cuenta con la supervisión de este centro académico.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga será manejada de manera confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma o cambie su programa dentro del centro.

PROCEDIMIENTO:

Si accede a participar en esta investigación, considere los siguientes puntos:

Asistir a un total de 6 sesiones de terapia, cada una de aproximadamente una hora, llevadas a cabo de manera presencial en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. En estas sesiones de terapia se les solicitará:

Participar activamente en las intervenciones. Se iniciará una entrevista clínica, psicoeducación, identificación y reestructuración de distorsiones cognitivas, entrenamiento en técnicas de relajación, respiración y estrategias de afrontamiento.

Completar al inicio y al final del estudio dos cuestionarios:

- La Escala de Estrés Percibido (PSS). Es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar el nivel de estrés percibido por un individuo durante el último mes.

El estudio no conlleva ningún costo para los participantes y no generará consecuencias en su atención médica actual.

Por otra parte, contaremos con un lugar asignado por la dirección del centro, un espacio privado y sin interrupciones por el transcurso de 1 hora, en el horario a ser pautado con el investigador.

Se le solicitará llenar al inicio de la investigación la pruebas PSS.

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Riesgos: Durante las sesiones, podrías experimentar aumento temporal de ansiedad, pensamientos repetitivos, estrés al reflexionar sobre el tratamiento de fertilidad, o sentimientos de culpa.

Beneficios: Reducción significativa de estrés, mejora en la adaptación al tratamiento, desarrollo de habilidades de afrontamiento y mayor resiliencia ante situaciones adversas.

CONFIDENCIALIDAD: Su privacidad es muy importante para nosotros. En ningún momento se usará su nombre para discutir los datos. Sus datos estarán identificados con un código numérico. Los documentos de esta investigación serán guardados bajo llaves en un archivero. Solo el investigador principal y el asesor tendrán acceso a la información. En publicaciones, solo se utilizarán los resultados numéricos sin identificador del participante.

CONTACTO: Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al investigador Lic. Melkis Pérez, teléfono 849-207-4131, correo: melkisyuperez@gmail.com y, a su asesora la Lic. Glorianny Báez Rodríguez, teléfono: 809-715-5850, correo: g.aez@prof.unibe.edu.do

ESTUDIO VOLUNTARIO: Si siente que no puede o no quiere participar en esta investigación, siéntase en total libertad de comunicarlo al investigador. Su participación es voluntaria y no será penalizado por renunciar.

TIEMPO REQUERIDO: La participación en este estudio tomará aproximadamente 6 semanas, con una sesión semanal.

Apéndice E. Plan de Intervención

Descripción del programa. El Programa de intervención para mujeres con infertilidad consta de 6 sesiones diseñadas para promover el manejo del estrés y el bienestar emocional en mujeres que enfrentan este diagnóstico, integrando técnicas cognitivo-conductuales basadas en la teoría cognitiva de Beck (1976) y el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984). Desde la perspectiva de Beck, se parte del supuesto de que los pensamientos automáticos negativos (PAN) y las distorsiones cognitivas, como la catastrofización o la sobregeneralización, intensifican el malestar emocional asociado a la infertilidad, y su reestructuración permite generar respuestas más adaptativas (Beck, 2011).

Por su parte, Lazarus y Folkman proponen que el estrés surge de la evaluación subjetiva de las demandas (ej., tratamiento de reproducción asistida) frente a los recursos de afrontamiento, lo que justifica la inclusión de psicoeducación y técnicas de autorregulación para fortalecer la resiliencia. La valoración de los propios recursos será la que en definitiva determina las diferentes estrategias de afrontamiento que el individuo utilizará para adaptarse y disminuir la activación excesiva (Lazarus y Folkman, 1984). Este programa busca reducir el estrés percibido, mejorar la regulación emocional y empoderar a las participantes mediante un enfoque estructurado y progresivo, con una duración aproximada de 60 minutos por sesión.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), base de este programa, ha demostrado ser una intervención efectiva para abordar el estrés y las emociones negativas en diversos contextos, lo que la hace viable para mujeres con infertilidad. Estudios recientes, como el de Nakao et al. (2021) destacan que la reestructuración cognitiva, derivada de la teoría de Beck, reduce significativamente el estrés hasta en intervenciones breves en poblaciones clínicas.

Asimismo, la psicoeducación y las estrategias de afrontamiento han mostrado eficacia en la reducción del estrés percibido (Dolan et al., 2021; Rathore et al., 2024). Técnicas de relajación, como la respiración diafragmática y la relajación progresiva de Jacobson, han sido validadas por Heredia et al. (2019) como herramientas que disminuyen los niveles de cortisol y la activación fisiológica en mujeres bajo estrés crónico, con resultados significativos.

Programa de Intervención para Mujeres con Infertilidad

Este programa de 6 sesiones busca apoyar a mujeres que enfrentan el diagnóstico de infertilidad, promoviendo el manejo del estrés y el bienestar emocional a través de técnicas cognitivo-conductuales y estrategias de afrontamiento. Dirigido a participantes en tratamiento médico.

Primera Sesión

Objetivos:

Evaluación inicial y establecimiento de línea base.

Recopilar información inicial sobre la historia clínica, antecedentes de infertilidad.

Medición de nivel de estrés mediante la aplicación del PSS.

Actividades:

- a. **Establecimiento de rapport:** Técnicas de comunicación empática, escucha activa y normalización de experiencias relacionadas con la infertilidad.
- b. **Proceso de consentimiento informado:** Explicación detallada del programa, confidencialidad, voluntariedad y posibilidad de abandono sin consecuencias para su tratamiento médico.
- c. **Entrevista clínica estructurada:** Recopilación de historia clínica, antecedentes médicos relacionados con infertilidad, tratamientos previos, estructura familiar y, las estrategias de afrontamiento existentes y redes de apoyo.
- d. **Aplicación del PSS-10:** Administración de la prueba con explicación clara de su propósito como medida pre-intervención.

- e. **Dinámica de compromiso:** Las participantes escribirán en una hoja qué las motiva a participar en el programa y qué compromiso asumirán consigo mismas para aprovecharlo. Luego, compartirá sus reflexiones.

Segunda Sesión

Objetivo:

Psicoeducación y conciencia del estrés.

Normalizar las respuestas emocionales relativas al diagnóstico.

Desarrollar autoconciencia sobre las manifestaciones individuales del estrés.

Actividades:

- a. **Psicoeducación sobre infertilidad:** Explicación de la relación bidireccional entre estrés e infertilidad, aspectos psicológicos del diagnóstico. Presentación del modelo de estrés de Lazarus y Folkman y aspectos básicos de la Terapia Cognitivo Conductual.
- b. **Normalización de respuestas emocionales:** Validación de sentimientos como tristeza, frustración, culpa, ansiedad y enojo como respuestas naturales.
- c. **Ejercicio de autoconciencia:** Identificación personalizada de signos físicos, cognitivos y conductuales del estrés.
- d. **Asignación:** Registro diario de situaciones estresantes y reacciones durante la semana.

Tercera Sesión

Objetivo:

Introducción del modelo ABC.

Identificación de PAN.

Ejemplificar el registro de PAN.

Actividades:

- a. **Revisión de registros:** Socialización de los patrones identificados en el registro anterior.
- b. **Introducción al modelo ABC:** Explicación de la conexión entre acontecimientos, pensamientos y consecuencias emocionales/conductuales.
- c. **Distorsiones cognitivas en infertilidad:** Identificación de patrones de pensamientos automáticos negativos.
- d. **Ejercicio práctico:** Identificación de pensamientos automáticos negativos en situaciones específicas al tratamiento.

- e. **Registro de pensamientos:** Instrucción y práctica del método de tres columnas (situación, pensamiento, emoción).
- f. **Asignación:** Completar el registro de pensamientos durante situaciones estresantes relacionadas con el tratamiento.

Cuarta Sesión

Objetivo:

Aplicar técnicas de reestructuración cognitiva a los PAN.

Generar pensamientos adaptativos.

Practicar el diálogo positivo.

Actividades:

- a. **Revisión de registros:** Revisión de los patrones identificados y selección de pensamientos para trabajar.
- b. **Cuestionamiento socrático:** Examinar la evidencia a favor y en contra de pensamientos automáticos.
- c. **Reestructuración cognitiva:** Generación de pensamientos alternativos más adaptativos y balanceados.
- d. **Práctica de diálogo interno positivo:** Desarrollo de afirmaciones personalizadas orientadas al afrontamiento (afirmaciones positivas).
- e. **Role-play:** Simulación de situaciones desafiantes con aplicación de nuevas respuestas cognitivas.
- f. **Asignación:** Práctica diaria de reestructuración cognitiva aplicada a situaciones específicas en su entorno natural.

Quinta Sesión

Objetivo:

Educar sobre el rol fisiológico de la relajación y respiración.

Aprender técnicas de autorregulación.

Desarrollar habilidades de respiración diafragmática para el manejo del estrés.

Actividades:

- a. **Fundamentos fisiológicos:** Explicación de la respuesta de relajación y su efecto sobre el estrés.

- b. **Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson:** Práctica guiada con tensión-distensión de 16 grupos musculares.
- c. **Respiración diafragmática:** Instrucción paso a paso y práctica de respiración profunda con retención (técnica 4-4-4).
- d. **Anclaje de estados positivos:** Técnica para asociar estados de calma con estímulos específicos.
- e. **Asignación:** Registro de práctica diaria con evaluación de niveles de estrés pre y post ejercicio de control de la activación.

Sexta Sesión

Objetivo:

Evaluación del progreso y cambios de la intervención.

Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Consolidar habilidades aprendidas y cierre terapéutico.

Actividades:

- a. **Revisión de progreso:** Análisis conjunto de cambios percibidos y objetivos alcanzados.
- b. **Solución de problemas:** Metodología estructurada para abordar dificultades relacionadas con el tratamiento.
- c. **Prevención de recaídas:** Identificación de señales de alerta y estrategias para momentos de crisis caída vs recaída).
- d. **Aplicación final del PSS-10:** Evaluación post-intervención y comparación con resultados iniciales.
- e. **Retroalimentación:** Discusión sobre la experiencia con la intervención y percepción de utilidad.
- f. **Cierre terapéutico:** Resumen de logros del trabajo realizado.

Apéndice F. Similitudes entre Participantes

Cuadro F1.

Tabla comparativa de participantes

Dimensión	P01	P02	Factores comunes de cambio
Edad	25 años	37 años	Diferente etapa vital, pero ambas en edad fértil y comprometidas emocionalmente con el deseo de concebir.
Diagnóstico médico	Ovario poliquístico e hiperplasia	Hidrosalpinx bilateral	Ambas con diagnóstico confirmado de infertilidad, lo que permitió trabajar desde un marco claro de aceptación de la realidad médica.
Estado civil	Unión libre	Casada	Relaciones estables, pero con dificultades familiares o de pareja que impactaban el bienestar emocional.
Situación emocional inicial	Frustración, tristeza, ansiedad por presión familiar	Tristeza profunda, vacío, pensamientos negativos persistentes	Ambas llegaron con altos niveles de estrés percibido, sintiendo presión, estigmatización o exclusión social.
PSS-10 Pre	27 puntos	32 puntos	Niveles elevados de estrés al inicio, lo que indicaba alta vulnerabilidad emocional.
PSS-10 Post	11 puntos	13 puntos	Disminución significativa del estrés percibido tras la intervención (-16 y -19 puntos respectivamente).
Experiencias de estigmatización	Comentarios hirientes del padre y la suegra	Exclusión familiar, burlas y juicios	Ambas interiorizaban discursos sociales negativos sobre su identidad femenina ligados a la fertilidad.
Identificación de pensamientos disfuncionales	“Soy defectuosa”, “jamás seré madre”	“Mi vida no tiene sentido sin hijos”, “soy inferior”	Identificaron y cuestionaron pensamientos automáticos negativos, mostrando apertura al trabajo cognitivo.
Aplicación del modelo ABC	Cuñada embarazada → “nunca lo lograré” → tristeza	Ecografía → “no hay tratamiento para mí” → miedo y tristeza	Lograron diferenciar entre evento, pensamiento y emoción, facilitando una nueva interpretación de sus vivencias.
Reestructuración cognitiva	Pensamiento alternativo: “Sentir angustia es natural, pero no debo culparme”	Pensamiento alternativo: “Estoy atravesando un proceso difícil pero no estoy sola”	Desarrollaron una narrativa más realista, compasiva y resiliente.

Dimensión	P01	P02	Factores comunes de cambio
Técnicas aprendidas	Respiración diafragmática, relajación muscular progresiva	Igual	Ambas incorporaron técnicas de autorregulación emocional que reportaron como útiles para el manejo del estrés cotidiano.
Reconocimiento del cuerpo	Reportó mejora en el sueño y sensación de calma	Aumento de conciencia corporal y mejor manejo del estrés	Mayor conexión cuerpo-emoción, clave para transformar el impacto fisiológico del estrés.
Expresión verbal del cambio	“Aprendí el ABC y las distorsiones, nunca lo había visto así”	“Hay muchas cosas que yo no sabía pero hoy aprendí”	Reflexión consciente del aprendizaje terapéutico como parte del proceso de cambio.