



Facultad Humanidades
Licenciatura en Psicología

**Resiliencia e infertilidad: Salir fortalecido de la
dificultad reproductiva. Una mirada desde la
psicología positiva**

Alumna: Valentina Efron

Matrícula: 21127

Tutor encargado: Lic. Emiliano Polcaro

Fecha de entrega: 24 de agosto 2020

Mail: valentinaefron@gmail.com

Índice

ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	2
Presentación del tema	2
Problema de investigación	3
Relevancia y justificación de la temática	4
OBJETIVOS	5
Objetivos generales.....	5
Objetivos específicos.....	5
ALCANCES Y LÍMITES.....	5
ANTECEDENTES.....	6
ESTADO DEL ARTE.....	11
MARCO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO I: RESILIENCIA ¿CÓMO INCLUIRLA DENTRO DE UNA PSICOTERAPIA POSITIVA?.....	22
1.1. La resiliencia y sus diferentes concepciones.....	22
1.2. Factores protectores promotores de la resiliencia.....	25
1.3. Factores de riesgo que obstaculizan el desarrollo de la resiliencia.....	29
1.4. Resiliencia y Psicoterapia Positiva.....	30
CAPÍTULO II: IMPACTO EN EL DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD, EFECTOS PSICOLÓGICOS Y MODO DE TRATAMIENTO ¿CÓMO INCLUIR LA RESILIENCIA DENTRO DEL MISMO?.....	33
2.1. Impacto del diagnóstico de infertilidad.....	33
2.2. Tratamiento psicológico en infertilidad.....	36
2.3. Tratamiento enfocado en resiliencia.....	37
2.3.1 Pilares de la resiliencia como agentes de mejora para el impacto psicológico de infertilidad.....	40
CONCLUSIÓN.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

Resiliencia e infertilidad: Salir fortalecido de la dificultad reproductiva. Una mirada desde la psicología positiva.

Abstract

El presente trabajo aborda la inclusión del desarrollo de la resiliencia dentro de la psicoterapia para el tratamiento de la infertilidad desde una mirada de la psicología positiva. La infertilidad definida como la imposibilidad de concebir luego de un año de mantener relaciones sexuales no protegidas, genera múltiples efectos psicológicos sobre los cuales, con un debido tratamiento, se puede intervenir para mitigarlos. En este sentido, se desarrollará la génesis del concepto de resiliencia definiéndola como la capacidad de salir fortalecido frente a la adversidad y caracterizándola como una habilidad que los individuos poseen en mayor o menor medida y que a su vez puede ser favorecida en el ámbito psicoterapéutico. Como marco de nuestro trabajo se expondrá cómo la psicología positiva resulta la más adecuada para el abordaje de la resiliencia dentro de la psicoterapia para la infertilidad a los fines de incrementar las fortalezas del paciente y lograr su mayor bienestar psicológico.

Introducción

Presentación del tema

En la vida nos encontramos frente a un abanico de infortunios y situaciones adversas que debemos atravesar, pero no todas las personas las afrontan de la misma manera. Los eventos que producen gran cantidad de tensión no se pueden evitar, pero sí se puede cambiar la manera en cómo se los interpreta y reacciona frente a ellos. La clave se encuentra en mirar más allá del presente y en la exploración de formas sutiles que el individuo encuentre para sentirse mejor mientras se enfrenta a las situaciones difíciles. Esta cuestión se encuentra ligada al concepto de resiliencia, que hace referencia a la capacidad de salir fortalecido frente a la adversidad y a las diversas situaciones traumáticas que atravesamos en la vida. Es importante destacar que el ser resiliente, no es necesariamente una capacidad innata. Hay personas que nacen con ella en una mayor o menor medida. Desde una mirada de la psicología positiva, la resiliencia se puede ir creando y desarrollando en el ámbito de la psicoterapia en un proceso que requiere tiempo y esfuerzo.

Pensando en las diferentes adversidades que la vida nos presenta, la infertilidad es una de ellas, definiéndose como la incapacidad para concebir después de un año de mantener relaciones sexuales regulares no protegidas. La misma afecta de manera integral al individuo, tanto en su esfera biológica, como psíquica y social, generando así un impacto no sólo en la propia persona sino también en su pareja, su entorno más cercano y en general, en el modo de

relacionarse con el mundo.

La dificultad reproductiva representa una crisis inesperada en la vida del individuo, la cual puede ser experimentada como una tragedia. Frente a dicha situación es necesario encontrar caminos que permitan apuntalar al sujeto evitando así el desencadenamiento de efectos psicológicos severos. La psicoterapia puede ayudar a iluminar esos caminos coadyuvando al desarrollo de la resiliencia frente al infortunio antes descripto.

Partiendo de la frase del pionero de la psicología positiva Martin Seligman - "La vida inflige los mismos contratiempos y tragedias en el optimista como en el pesimista, pero el optimista las resiste mejor" - podemos concluir que es desde la psicología positiva que se enmarca la posibilidad de incluir a la resiliencia en la psicoterapia para afrontar los problemas derivados de la infertilidad.

Problema de Investigación

Son varias las investigaciones que dan cuenta de la eficacia del desarrollo de la resiliencia en psicoterapia y los beneficios de incluirla, así como también la exploración de sus pilares y sus modos de aplicación y promoción desde una mirada de la psicología positiva.

Por otra parte, es de público conocimiento que no todos los individuos encuentran salidas del mismo tipo frente a situaciones traumáticas de la vida, y que la capacidad de salir fortalecido de las mismas requiere de un particular desarrollo que puede, también, ser construido mediante la psicoterapia.

A su vez, las investigaciones sobre la infertilidad junto a sus causas, efectos, e impacto psicológico se desarrolla cada vez más. De dichos trabajos se puede deducir que la infertilidad, vista como enfermedad crónica, puede generar severas consecuencias y que la ayuda psicoterapéutica puede ser de gran utilidad para superar tales crisis.

No obstante, si bien la investigación de la resiliencia enmarcada en el positivismo, por un lado, y la infertilidad por el otro, ya se encuentran muy exploradas, la investigación sobre el desarrollo de la resiliencia aplicada en psicoterapia para la infertilidad es mucho menos frecuente.

En consecuencia, por la relevancia que encontramos en dicha relación, nos parece importante intentar superar el problema de la falta de bibliografía sobre el tema a los fines de tratar de responder a las siguientes preguntas de investigación:

¿De qué manera puede la resiliencia, aplicada en la psicoterapia para situaciones de infertilidad, reducir el impacto negativo psicológico de ésta?

¿Cómo favorecer la resiliencia en el ámbito de una psicoterapia positiva?

Relevancia y justificación de la temática

Según la Organización Mundial de la Salud, la infertilidad afecta a una proporción significativa de la humanidad. Más del 10% de las mujeres que han mantenido una relación estable durante cinco años o más sufren de infertilidad. Es más, las estimaciones en mujeres que han mantenido relaciones estables por un marco de tiempo de dos años o menos, los valores de prevalencia son 2.5 veces mayores. Asimismo, la OMS demuestra que el padecimiento general de infertilidad se encuentra probablemente subestimado y no se ha mostrado ninguna disminución en los últimos 20 años. Por otra parte, la infertilidad viene acompañada de una serie de efectos psicológicos adversos entre los que podemos citar, depresión, ansiedad, vivencias de rabia, disminución del deseo sexual, miedo, desesperanza, envidia hacia la mujer embarazada, culpa, disminución de la autoestima, sentimientos de femineidad o masculinidad incompletas, dificultad para mantener la erección durante la relación sexual y deseos de quitarse la vida, entre otros.

Salir fortalecido de dicha situación no es un camino fácil, y es de común conocimiento que el tratamiento terapéutico es fundamental para volverlo factible. Incluir el desarrollo de la resiliencia en la psicoterapia puede servir como una herramienta eficaz para favorecer un cambio saludable en el paciente.

El presente trabajo de investigación se trata de una revisión bibliográfica. Se pretende realizar un estudio exhaustivo sobre la infertilidad, sus causas, sus efectos psicológicos y su debido acompañamiento terapéutico. Por otra parte, se pretende ahondar en los pilares y los fundamentos clínicos del desarrollo de la resiliencia en psicoterapia. De esta manera, intentaremos exponer el abanico teórico sobre esta temática para converger así en un análisis sobre las posibilidades de inclusión de la resiliencia en la psicoterapia para el tratamiento de pacientes con infertilidad.

Objetivos

Objetivo general:

- Analizar la posibilidad de incluir el desarrollo de la resiliencia en el tratamiento psicoterapéutico para afrontar los padecimientos que genera la infertilidad.

Objetivos específicos:

- Caracterizar de qué forma el recurso de la resiliencia puede colaborar con los sujetos que atraviesan los efectos psicológicos de la infertilidad.
- Desarrollar el modo en que el ámbito de la psicoterapia positiva puede favorecer el recurso de la resiliencia.

Alcances y límites

El presente trabajo aborda el concepto de resiliencia, sus principales pilares, su evolución a lo largo de los años, el enfoque actual de la misma, su modo de inclusión en psicoterapia y los factores que pueden promover u obstaculizar la construcción de la resiliencia. Intenta explicar la importancia de este concepto el que, no sólo se utiliza dentro del ámbito de la psicología, sino que es utilizado por otras disciplinas científicas. Sin perjuicio de ello, en el presente trabajo no vamos a utilizar el concepto de resiliencia vinculado a otras materias que no respecten a la psicología porque exceden los objetivos propuestos para nuestro trabajo. Una cuestión similar sucede con la corriente que proponemos para abordar el trabajo, siendo ésta la psicología positiva, que hoy es de común conocimiento que puede aplicarse en distintas áreas, pero para el consiguiente trabajo vamos a limitarnos a abordarlo a los fines de aportar una mirada fundamentada para incluir el desarrollo de la resiliencia en la psicoterapia de la infertilidad, desarrollando sus ejes fundamentales.

Abordaremos también la concepción de infertilidad, junto con sus causas, sus efectos, su impacto en el ser humano y la importancia del tratamiento psicoterapéutico de dicho diagnóstico. Siendo ésta una problemática que tiene lugar en diferentes lugares del mundo y no sólo en Argentina, se revisará información proveniente de otros países específicamente en parejas heterosexuales. Asimismo, a pesar de ser un tema novedoso y de suma actualidad, que se podría agregar a nuestro trabajo, no vamos a realizar un desarrollo exhaustivo de todas las alternativas de técnicas de fertilización asistida ni las consecuencias psicológicas que las mismas conllevan, ya que este desarrollo también extralimitaría los objetivos del presente trabajo.

Por último, partiendo de lo expresado, desarrollaremos el modo de vincular la infertilidad y la resiliencia, y la manera como ésta afecta directamente a aquella: los pilares de la resiliencia sobre los efectos psicológicos de infertilidad.

Antecedentes

Para comprender el concepto de infertilidad y el impacto que tiene hoy dicho concepto en la sociedad, consideramos pertinente realizar un recorrido histórico para mostrar las distintas concepciones que las distintas culturas tuvieron sobre la fertilidad y sobre la imposibilidad de concebir.

Remontándonos a nuestras primeras civilizaciones, nuestros antepasados rendían culto a la fertilidad, tal como muestra el hallazgo de numerosas estatuillas de piedra. La infertilidad era asociada a la mujer, de manera que en la Antigua Mesopotamia al varón se le permitía desposar una segunda mujer si a la primera se la consideraba estéril. (Alvarez, 2019).

Esta situación no sólo se remonta a la antigua Mesopotamia, sino que Hjelmstedt en 2003 plantea que también se replicaba en Nigeria con las mujeres musulmanas, y que incluso eran consideradas "brujas" y tratadas como tal tras el divorcio causado por la infertilidad o la nueva unión de sus esposos. (Llavona Uribelarrea, 2008).

En la Grecia Clásica la esterilidad era pensada como el producto de la cólera de los dioses y por ello se veneraban diosas como Afrodita. Algunos tratados sobre ginecología escritos por Hipócrates ya planteaban ciertas patologías femeninas relacionadas con la infertilidad. Los médicos del medioevo ya sabían que la infertilidad afectaba tanto a mujeres como hombres. El período renacentista supuso un gran progreso a nivel científico en esta área, sobre todo a partir del siglo XVII. Estos progresos se deben fundamentalmente a la labor de Anton Van Leeuwenhoek, quien fue un próspero comerciante holandés quien a partir de la creación de los primeros microscopios en el año 1677 descubrió los espermatozoides a los que llamo animálculos, aunque hubo de esperar casi un siglo más hasta que Lazzaro Spallanzani establecería por primera vez que para que un embrión se desarrollará debía darse contacto entre el óvulo y el espermatozoide. Ya en 1785 se producen los primeros intentos de inseminación artificial humana. (Alvarez, 2019).

A partir de dicho momento la ciencia desarrolló numerosas técnicas para superar la imposibilidad de concebir y que al día de hoy afecta al 15% de las parejas (OMS).

Hasta 1996 la Organización Mundial de la Salud no había estipulado un plazo máximo concreto para diagnosticar la infertilidad. Proponían que la misma se diagnosticaba tras un 'tiempo razonable' de tener relaciones regulares y no poder concebir. Luego, la Sociedad Europea de Reproducción y Embriología recomendó establecer un plazo máximo de 2 años sin poder desarrollar el embarazo para considerar la infertilidad. (Brugo-Olmedo, Chillik & Kopelman, 2003)

Los estudios psicoanalíticos a comienzos de 1900, atribuían un origen psicológico a un gran porcentaje de casos de infertilidad. Esta asignación se basaba en la creencia de disputas

intrapésicas latentes, refiriéndose a éstas como sentimientos de rechazo o resentimiento de la madre hacia el niño por venir, o características neuróticas de la personalidad.

A finales del siglo XX las teorías comenzaron a ser más sólidas sosteniendo que las alteraciones emocionales eran más producto y resultado del diagnóstico de infertilidad que causa de la misma. (Palacios y Jadresic, 2000).

Uno de los estudios pioneros en indagar sobre las perturbaciones emocionales y el impacto psicológico como consecuencia de la infertilidad y de su tratamiento fue llevado a cabo en España en el año 2000 por Carmen Moreno-Rosset, especialista en psicología de la reproducción. (Moreno-Rosset, 2004).

Llavona Uribe Larrea (2008) recopiló una serie de estudios realizados alrededor de esta época, para numerar los efectos psicológicos asociados a la infertilidad que se conocían entre los años 1970 y 2000. Así dan cuenta de distintos tipos de autovaloraciones negativas tras el diagnóstico de infertilidad:

- Baja autoestima y sentimientos de inferioridad propuesto por estudios como el de Abbey, Andrews y Halman en 1992, Bromham, Bryce y Balmer en 1989 y Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard y Verres en 2001.
- Baja confianza en sí mismos, bajo amor propio y pobre autoimagen, planteado por Menning en 1977 y Abbey, Andrews y Halman en 1994.
- Valoración de sí mismos como incompletos o defectuosos y valoración de sí mismos como poco atractivos propuesto por Edelman, Humphrey y Owens en 1994, Möller y Fällström en 1991, Oddens, den Tonkelaar y Nieuwenhuysen en 1999 y Valentine en 1986.
- Cuestionamiento de la capacidad para desenvolverse como padres y para mantener una relación de pareja planteado por Greil, Leitko y Porter en 1988.

Establecido sucintamente el concepto de infertilidad a lo largo del tiempo debemos desarrollar ahora el concepto de resiliencia.

El concepto de resiliencia...es tomado por las ciencias sociales del campo semántico de la ingeniería civil y la metalúrgica para describir la capacidad que poseen algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora... (Azar de Sporn, 2010).

Desde el campo de la metalúrgica el concepto de resiliencia fue tomado por la psicología desde la idea salir fortalecido frente a la adversidad.

El concepto de resiliencia fue modificándose a lo largo de los años. Puig y Rubio (2015) retomando sus escritos de 2011, explicaron la evolución del concepto de resiliencia separándolo en 3 generaciones: La generación de 1980, la generación de 1990 y la generación del 2000.

1. En la primera generación (80) el concepto de resiliencia era considerado como una “capacidad que distingue a aquellos individuos que se adaptan a pesar de las predicciones de riesgo” (Puig & Rubio, 2015 p110). “Se <<es>> resiliente”.
2. En la segunda generación (90) se habla de un “proceso” y se plantean cuál es la dinámica entre factores que permite una adaptación positiva. Hay una búsqueda de factores protectores y un énfasis en el contexto social. “Se <<está>> resiliente y se <<aprende>>”.
3. En la tercera y última generación (2000) se presenta a la resiliencia como un “paradigma” el cual explica que la respuesta resiliente no es la excepción a la regla, sino la habitual. Hay un énfasis en el cambio de mirada. “Se <<construye >> resiliencia”.

Carver y O’Leary en 1998 plantean que los autores franceses y estadounidenses tomaron posturas diferentes frente a las consideraciones sobre el concepto de resiliencia. Los franceses, por su parte, ligaban a la resiliencia con el crecimiento postraumático, comprendiéndola como aquella capacidad de salir ileso de un acontecimiento adverso, aprender del mismo y mejorar, haciendo énfasis en esto último: obtener beneficios, florecer, crecer y cambiar para mejor. Mientras que, por el otro lado, los estadounidenses, vinculan a la resiliencia con el proceso de afrontamiento que ayuda al individuo a volver a su condición anterior, planteando lo que denominan el retorno homeostático del sujeto (Carbelo Baquero, Vecina Jiménez & Vera Poseck, 2006).

Una de las primeras investigaciones sobre la resiliencia fue llevada a cabo por Grinker y Spiegel en 1945. La misma consistió en estudiar a individuos tras haber atravesado situaciones estresantes y traumáticas por la guerra, concluyendo que los humanos tenían la capacidad potencial de, a pesar de estar heridos, salir fortalecidos y vencer la adversidad. (Melillo, Estamatti & Cuestas 2001)

Otro estudio científico significativo y representativo en la historia de la resiliencia fue realizado por Werner y Smith en 1982 en el cual observaron a 700 niños nacidos en condiciones de pobreza y bajos recursos durante 30 años en una isla de Kauai. Estos niños habían atravesado situaciones traumáticas y complejas tales como ser criados por familias disfuncionales, experimentar duras peleas de manera excesiva, abandonos, alcoholismo y enfermedades de los progenitores. Los autores partían de la hipótesis de que estos niños que vivían en condiciones desfavorables iban a tender a padecer problemas en distintas esferas: desembocar en el alcoholismo, en el consumo problemático de drogas, en la deserción escolar, en problemas de adaptación y hasta incluso en enfermedades tanto mentales como físicas. Pero el resultado los sorprendió. Casi el 80% de esos niños estudiados lograron desarrollar una gran capacidad de adaptación convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados. De esta manera concluyeron en que la variable responsable de mitigar la adversidad y lograr un desarrollo positivo y sano, aun habiendo experimentado sucesos impactantes, es la denominada resiliencia. (Carbelo Baquero, et al., 2006; García del Castillo, García del Castillo-López, López Sánchez &

Dias, 2016; Melillo, et al., 2001).

Entre 1987 y 1993 Wagnild y Young desarrollaron la primera escala para medir la resiliencia llamada Escala de Resiliencia 25. La misma se realizó con el objetivo de identificar el nivel de resiliencia individual de cada persona, tomándola como una cualidad personal positiva que posibilita la adaptación de los sujetos a las diferentes adversidades. Como indica su nombre, consta de 25 ítems de los cuales 17 evalúan “Competencia Personal” y 8 “Aceptación de Sí Mismo y de la Vida”. (Sánchez-Teruel, Robles-Bello & Auxiliadora, 2014). Esta escala puede ser explicada a través de la metáfora de la casita de la resiliencia propuesta por Vanistendael en el año 2000. Propone 4 componentes básicos sobre cómo se va desarrollando y construyendo la capacidad de superar los infortunios:

Primero explica los cimientos, los cuales hacen referencia a los primeros cuidados básicos y a la relación con los objetos primarios de amor (padre y madre).

Luego plantea la planta baja, siendo ésta la interacción de la vida cotidiana y rutinaria con la familia y con otras personas del círculo más íntimo y cercano del individuo. Aquí se establecen las redes sociales de apoyo y contención, que permiten darle un sentido a la vida.

Cuando plantea el primer piso de la casita se refiere al desarrollo del sentido del humor, de la autoestima óptima y de las habilidades y competencias.

Por último, el techo involucra la capacidad de disfrute, de creatividad y de poder aprender de las experiencias. (Castro y Llanes, 2006).

Entre los antecedentes más importantes de la psicología positiva podemos destacar a la psicología humanista existencial. Autores como Viktor Frankl introdujeron la posibilidad de pensar en las fortalezas que posibilitan mitigar los infortunios.

Cuando un hombre descubre que su destino es sufrir... ha de reconocer el hecho de que, incluso sufriendo, él es único y está solo en el universo. Nadie puede redimirse de su sufrimiento ni sufrir en su lugar. Su única oportunidad reside en la actitud que adopte al soportar su carga (Frankl, 1991).

Luego de la psicología humanista existencial podemos destacar otros tres principales antecedentes de la psicología positiva:

Por un lado, se encuentra Karl Rogers, quien propone componentes activos dentro de la relación terapéutica donde crea el concepto de “Aceptación Positiva Incondicional”, explicando que el terapeuta debe ser respetuoso, cálido, e incondicional con el denominado cliente y de esta manera el cliente experimentará una actitud similar consigo mismo, aceptándose como una persona que puede atravesar sentimientos tanto hostiles como de otro tipo sin sentir culpa e integrarlos como partes de sí mismo.

Otro antecedente es Moreno, creador del psicodrama, el cual proponía estudiar la realidad humana y sus padecimientos desde la perspectiva de los roles interpersonales (Fernández Álvarez, 2011).

Por último, destacamos a Lewinsohn junto con su teoría de la Activación Conductual. Lewinsohn desarrolló un protocolo de tratamiento conductual para la depresión, el cual estaba dirigido a ayudar a las personas a incrementar las tasas de refuerzo positivo a través de la programación de actividades. (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014, p.84).

Fernández Ríos y Vilariño Vázquez (2018) trazan la historia de la psicología positiva contraponiendo dos posturas sobre la misma: Una perspectiva que supone a ésta como una psicología de “larga duración” y en contraposición, otra que considera a la psicología positiva como una corriente de “corta duración”.

La orientación de corta duración sugiere que lo relevante y propio de la psicología positiva es aquello que fue publicado a partir del final del siglo XX de la mano del pionero de la psicología positiva, Martin Seligman. De esta manera, explica que toda la historia anterior a 1998, es antecedente de lo que denominan “psicología negativa”, pero no de esta nueva perspectiva psicológica. Esta postura fue duramente criticada por varios autores que coinciden en que no hay corriente alguna que no tenga su historia y sus raíces de las cuales aferrarse y establecer un nuevo camino. Braudel en su trabajo de 2002 propone que “el tiempo de corta duración es la más caprichosa y engañosa de las duraciones” (citado en Fernández Ríos & Vilariño Vázquez 2018). Mismo Seligman y Csikszentmihalyi, creadores de esta perspectiva, en el 2000 afirman que la psicología positiva no es una idea nueva.

Por su parte, la orientación de larga duración tiene en cuenta los pensamientos históricos filosóficos, antropológicos, políticos, literarios, económicos y religiosos como antecedentes de la psicología positiva. Marcan como concepto histórico fundamental para la psicología positiva la eudaimonía propuesta por Aristóteles, siendo ésta el mayor bienestar humano y constituyendo la meta de la filosofía práctica, la cual se propone investigar y experimentar la vida plena. También indican que el concepto de hedonismo planteado por Epicuro asentó las bases de esta nueva corriente psicológica. El hedonismo se vincula a la pregunta de cómo se alcanza la felicidad ofreciendo y obteniendo el máximo placer posible, conllevando el mínimo dolor posible. Otros de los hechos históricos que marcan como antecedentes de la psicología positiva son las consolaciones (narrativas para ayudar a superar y enfrentar la adversidad) como las de Plutarco y Ovidio.

Estado del Arte

Gracias a los avances tecnológicos de la medicina, hoy se logran altos niveles de éxito en el tratamiento de la infertilidad y en los procesos de detección de la misma.

Hoy en día, tras la dificultad de la pareja en concebir, se sabe que la evaluación para confirmar o no un diagnóstico de infertilidad debe ser realizada a los dos miembros de la pareja en simultáneo, debido a que se estima que aproximadamente el 30% de las causas de infertilidad son puramente femeninas, otro 30% son puramente masculinas y un aproximado del 30% de los casos tiene origen en causas compartidas de infertilidad. El 10% que resta, se lo designa como infertilidad de causa desconocida o idiopática.

Para comenzar con el estudio de la infertilidad lo primero que se debe realizar es una anamnesis y un examen físico, y los próximos estudios complementarios que se realicen van a depender de los resultados de los dos primeros.

Los tres principales factores que se deben examinar en la actualidad en la pareja infértil son:

- La efectiva ovulación de ovocitos de buena calidad
- La adecuada producción de espermatozoides, teniendo en cuenta tanto la cantidad como la calidad
- La posibilidad de ambos gametos de encontrarse e interactuar de una forma adecuada en el tracto genital femenino.

Los métodos para estudiar dichos factores han evolucionado, llegando incluso hoy a encontrar en el mercado test o kits rápidos para la detección de Hormona Luteinizante (LH) en orina, los cuales pueden identificar el pico preovulatorio o de medio ciclo de esta hormona brindando información de la función ovulatoria. (Masoli, 2010 p.863-864).

Con respecto al origen de la infertilidad, todavía hoy podemos encontrar autores que sostienen la hipótesis acerca de la existencia de una raíz psicogénica de la infertilidad, pero aún no contamos con suficiente evidencia empírica que lo sustente. En la actualidad entendemos que la esfera psíquica no se destaca como un factor significativo en la génesis de la misma. Gracias al avance de la tecnología y de la medicina reproductiva, casos de dificultad en la reproducción, que antes podrían haber sido atribuidos a agentes psicológicos debido a una causa desconocida, hoy tienen una respuesta orgánica y biológica validados por la ciencia médica. De esta manera, no puede establecerse una relación causal estrecha entre componentes psicológicos e infertilidad, pero sí se pueden encontrar causas biológicas que sean consecuencia de efectos psicogénicos o trastornos psicológicos que impiden la consumación del acto sexual, imposibilitando la concepción.

Tal como se expresa anteriormente, son impactantes los numerosos y efectivos tratamientos para la infertilidad. Existen diversos métodos para la concepción artificial que sirven como medio

para vencer el diagnóstico. Entre las técnicas de fertilización asistida podemos destacar: inseminación artificial, fertilización in vitro, técnicas de GIFT (transferencia intrafalopiana de gametos) o técnicas ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides).

A pesar de los diversos métodos de concepción artificial existentes, estudios actuales demuestran que el diagnóstico de infertilidad genera un fuerte impacto, el cual va acompañado de diversas sensaciones como culpa, estado de shock, negación, aislamiento social, impotencia, falta de control, estrés y sobrecarga emocional. La ansiedad y la depresión son los principales trastornos asociados a la infertilidad. (Flores Robaina, Jenaro Río y Moreno-Rosset, 2008, p. 207).

Habiendo expuesto la comorbilidad existente entre el diagnóstico de infertilidad y la depresión, consideramos pertinente destacar tres estudios empíricos actuales que demuestran la eficacia del tratamiento de la psicología positiva en psicoterapia para la depresión expresados por Fernández Álvarez (2019).

1. El primero de esos estudios es el realizado por Chaves, Lopéz-Goméz, Hervas, Vazquéz (2016) en el que se plantea que los estudios en psicoterapia se centraron tradicionalmente en analizar cambios entre el principio y el final de un tratamiento. El objetivo del estudio era encontrar patrones de cambio en la clínica y variables de bienestar durante una terapia cognitivo conductual comparada con intervenciones de una terapia integrativa de psicología positiva para la depresión. La muestra constaba de 128 mujeres diagnosticadas con Trastorno depresivo mayor.
2. El segundo de los estudios que destacó Héctor Fernández Álvarez (2019), es el de Vázquez, Duque, et al. (2018) que también establece una comparación entre los tratamientos para la depresión desde la psicología positiva y desde la cognitiva conductual. Este estudio se realizó en base a una muestra de 75 personas.
3. El tercer estudio empírico que mencionó es también de Chaves, Lopéz-Goméz, Hervas, Vazquéz, (2017) y sigue la misma línea que los estudios expresados anteriormente con una muestra de 96 personas.

Los resultados de los tres estudios mostraron que la terapia integrativa positiva tuvo mejores resultados para el bienestar de la persona que los de la terapia cognitivo conductual.

En 2019 White, Uttl y Holder plantearon un meta-análisis de las intervenciones de psicología positiva concluyendo que los efectos son menores a lo que se informó previamente en los tres estudios antes citados, pero destacaron que de todas maneras la psicología positiva contribuía de manera significativa al tratamiento de la depresión.

Conforme a dichos estudios podemos concluir que acorde al estado del arte actual, la psicología positiva impulsa a destacar las fortalezas y a buscar la manera de encontrar el bienestar, aun partiendo de las situaciones más difíciles. Por ello nos resulta lícito ligar hoy a la

psicología positiva el concepto de resiliencia. Desde este punto de vista podemos retomar la definición de Selma Azar de Sporn (2010) quien, como citamos anteriormente, explicó la extrapolación del concepto de resiliencia del campo de la metalúrgica a la psicología de la siguiente manera:

...Aplicado a los seres humanos podemos decir que la resiliencia es la capacidad de afrontar y vencer la adversidad y, precisamente por eso, salir fortalecido gracias a esa experiencia; es aquello que permite a sujetos que nacen y viven en condiciones de alto riesgo desarrollarse - tanto desde lo psicológico como desde lo social - de manera sana y exitosa.

En la actualidad se sostiene que el concepto de resiliencia es un constructo ambiguo y complejo porque abarca distintas áreas y puede aplicarse en distintas disciplinas de diferentes formas y del cual todavía queda mucho por estudiar y esclarecer en cuanto a sus concepciones teóricas. Hu Zhang y Wang en su trabajo de 2015 (citado en García del Castillo, et al., 2016), intentan brindar un esclarecimiento sobre este constructo complejo, dejando a un lado las orientaciones anteriores sobre la resiliencia vista como un rasgo o como resultado y considerando a la misma como un proceso. De esta manera proponen correrse de la mirada que ve a la resiliencia como un rasgo característico individual de cada persona, el cual la ayuda a salir fortalecido frente a la adversidad y a adaptarse de manera positiva a las distintas circunstancias de la vida, para pasar a considerarla como un concepto dinámico y cambiante que se puede aprender, construir y desarrollar a lo largo del tiempo.

Los estudios para medir la resiliencia fueron evolucionando conforme al paso del tiempo. En la actualidad, la escala más utilizada para medir la resiliencia es la Escala de Resiliencia (ER-14) de 14 ítems propuesta por Wagnild en 2009. La misma está basada en la Escala de Resiliencia (ER) de 25 ítems propuesta por Wagnild & Young en 1993 citada en los antecedentes del presente trabajo.

Esta escala consiste en evaluar el nivel de resiliencia propio de cada persona, definiendo a esta como un rasgo positivo de la personalidad de cada individuo, que le posibilita su superación frente a diversas adversidades de la vida. Se encuentra dividida en dos partes según la agrupación de los pilares:

Por un lado, mide la competencia personal del sujeto, teniendo en cuenta la auto confianza, la independencia, la capacidad de decidir, el ingenio y la perseverancia.

Por otro lado, mide la aceptación de uno mismo y de la vida, considerando variables como adaptabilidad, capacidad de realizar un balance entre las cuestiones negativas y positivas de la vida, la flexibilidad y visión sobre la vida estable. (Sánchez-Teruel, et al., 2014)

Anna Forés y Jordi Grané, en su obra de 2019 titulada "Los patitos feos y los cisnes negros" proponen una mirada novedosa sobre la resiliencia basada en los últimos estudios de neurociencia. A esta nueva perspectiva la acuñan "resiliencia generativa". Plantean que la neurociencia ha demostrado que nuestro cerebro se caracteriza por tener una enorme plasticidad, por lo que nuestra base psicobiológica nos permite transformarnos y cambiar constantemente. Definen a la resiliencia generativa como "el arte de generar oportunidades y de convertir lo que a priori percibimos como una amenaza en una posibilidad que abre un nuevo camino para nosotros" (Las claves de los especialistas para avanzar hacia la resiliencia en tiempos de gran incertidumbre", 2020). Proponen a su vez que la resiliencia no es cuestión de suerte ni de azar, sino que todos tenemos la capacidad de adaptarnos a diferentes situaciones si nos enseñan y nos ayudan a potenciarla: 'Tal vez todavía no eres, pero estás en proceso'.

Marco Teórico

1. Psicología Positiva

“Tradicionalmente, la psicoterapia focalizó más sus intervenciones en la reducción del dolor, del sufrimiento y de las carencias que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas”. (Hirsch, 2017, p.30). Pero tal como indican Hirsch (2017) y Gancedo (2008), este escenario, centrado en la enfermedad y no en el proceso del bienestar y la salud, ha cambiado de manera drástica en los últimos años. En 1998, el psicólogo norteamericano, Martin Seligman, al concluir su discurso para la conferencia inaugural de su presidencia en la Asociación Americana de Psicología (APA), aseveró lo siguiente (Hirsch 2017):

La psicología no es una mera rama del sistema de salud pública ni una simple extensión de la medicina; nuestra misión es mucho más amplia. Hemos olvidado nuestro objetivo primigenio, que es el de hacer mejor la vida de todas las personas, no sólo de las personas con una enfermedad mental. Llamo a nuestros profesionales y a nuestra ciencia a retomar esta misión original justo ahora que comienza un nuevo siglo.

Se considera que este fue el inicio formal de lo que denominamos Psicología Positiva.

Martin Seligman, reconocido por su teoría sobre la indefensión aprendida, se fue convirtiendo de manera progresiva en el precursor de esta nueva rama que procura impulsar las fortalezas humanas como amortiguadoras frente a la adversidad. La misión de la psicología positiva se centra en fortalecer y convertir la vida de las personas en más productiva y promover la actualización del potencial humano (Gancedo 2008).

La Psicología positiva es un área activa de la ciencia que investiga sobre los aspectos positivos que debemos sumarles a nuestras vidas para hacerlas más satisfactorias. Implica incluir la búsqueda del bienestar de un modo sistemático y consciente, guiando la atención hacia los elementos de la experiencia y los procesos de funcionamiento cognitivo que favorecen dicho bienestar (Kelmanowicz, 2019).

Seligman plantea que existen tres elementos que pueden acercar a las personas a experimentar una vida plena: el primero de ellos tiene que ver con las emociones positivas, el segundo elemento que considera este autor, está relacionado con el compromiso, para así lograr lo que en psicología positiva se denomina flow, flujo o fluir. El tercer elemento tiene que ver con el sentido o significado que las personas le dan a su vida. Es importante mencionar que Seligman agregó un elemento de estudio, y éste se encuentra relacionado con los vínculos positivos, la

vida social y las relaciones e interacciones que se establecen con las personas (Castro, 2010).

Considerando los elementos anteriores, Seligman plantea un modelo para generar bienestar, al que ha denominado PERMA cuyas siglas significan:

1. P (positive emotion / emociones positivas)
2. E (engagement / compromiso)
3. R (relationships / relaciones positivas)
4. M (meaning / sentido)
5. A (accomplishment / logro).

Es importante señalar que ninguno de los cinco elementos constituye por sí mismo el bienestar, sino que cada uno de ellos contribuye a lograrlo. (Kelmanowicz, 2019).

1. Emociones positivas

Hirsch (2017) indica que los estudios científicos acerca del papel que juegan las “emociones positivas” en la vida son bastante recientes en la historia de la psicología. Toma a Barbara Fredrickson, investigadora referente en el campo de las emociones, para explicar cómo las emociones positivas no poseen un valor adaptativo equivalente a las emociones negativas y propone que: “mientras que las últimas promueven acciones para preservar la vida ante situaciones de peligro, las primeras ayudan a las personas a superar rápidamente las situaciones de estrés y a hacerse más fuertes o resistentes ante futuras adversidades” (Hirsch, 2017p.98). Continuando con la mirada de Fredrickson agrega que las emociones positivas tienen la capacidad de ampliar el campo del pensamiento a través de respuestas creativas y acciones más variadas. Asimismo, favorecen la creación de relaciones sociales, lo que genera un denominado “espiral ascendente” generando así, más emociones positivas, convirtiéndose en un circuito virtuoso. Las emociones positivas citadas en Hirsch, tomadas de Fredrickson son: amor, alegría, gratitud, serenidad, interés, orgullo, inspiración y asombro. Seligman aporta una clasificación de las emociones positivas en función a su relación con el pasado, con el presente y con el futuro. Dentro de las emociones vinculadas al pasado ubica a la satisfacción, la alegría, el orgullo y la serenidad; dentro de las emociones vinculadas al presente refiere a la tranquilidad, el éxtasis, la alegría, el entusiasmo, la euforia, el placer y la fluidez (siendo esta última emoción un pilar fundamental en la psicología positiva). Por último, las emociones positivas relacionadas al futuro son el optimismo, la esperanza y la confianza. Dentro de las emociones positivas relacionadas al presente se diferencian dos categorías: por un lado, las gratificaciones y por el otro lado los placeres. Las gratificaciones se encuentran vinculadas a aquellas emociones positivas resultado de la puesta en práctica de nuestras fortalezas y virtudes personales, siendo más duraderas, pero a su vez, no necesariamente generando placer. Requieren concentración, compromiso, habilidad y esfuerzo. Los placeres, en contraposición, proporcionan una felicidad transitoria y dependiente de factores externos, que no brinda recursos personales para el futuro

y que una vez finalizada se vuelve al estado emocional inicial.

2. Compromiso

El segundo elemento de la teoría de Seligman comprende un pacto o un acuerdo con nosotros mismos y con nuestras fortalezas, con el propósito de lograr una sintonía, una armonía entre nosotros y estas fortalezas, que nos permita encontrarnos en una condición de afinidad, de flujo de conciencia, de “Flow” (Castro, 2020). Tal como cita Cadena (2019), Csikszentmihalyi en 1997, creador de este concepto en la década de los 70, explica al fluir como un estado óptimo de concentración en una tarea intrínsecamente motivadora.

3. Relaciones positivas

Cuando Seligman propone a las relaciones positivas como el tercer elemento fundamental explica que:

El apoyo social y las relaciones con los demás es uno de los mejores antídotos contra las desventajas de la vida y una forma confiable de sentirse bien. Además, ayuda a que percibamos a los demás de forma más positiva y fomenta la sensación de interdependencia y colaboración. (Cadena, 2019).

4. Sentido

El cuarto elemento hace referencia a la búsqueda de un propósito y de una dirección de vida, encontrando aspiraciones y expectativas (Kelmanowicz, 2019). Para poder cumplir con estas expectativas es importante que la persona fije un punto de partida de su potencial y sea consciente de su nivel de desarrollo real (yo real). De esta manera va a poder estar preparado para aspirar hacia un objetivo superior posible de alcanzar (yo potencial), y controlar a partir del mismo los niveles más elevados hasta lograr las expectativas y aspiraciones personales más altas a mediano o largo plazo (yo ideal). Entonces, el “yo ideal” está compuesto por la suma de potenciales de todos los niveles alcanzados (Dominguez Bolaño y Ibarra Cruz, 2017, p. 675). Este cuarto elemento nos brinda el puntapié para el quinto y último elemento explicado por Seligman

5. Logro

Por último, Bulter y Kern explican que el logro se entiende cuando vemos a las personas plantearse objetivos, progresar hacia ellos y lograr resultados (Cadena, 2019).

Una distinción que consideramos pertinente realizar para trazar el camino de la presente tesina, es la de los ‘optimistas’ y los ‘pesimistas’. Seligman propone que hay una cantidad considerable de estudios que ponen en evidencia que los pesimistas se deprimen con mayor frecuencia, y que frente a un infortunio pensarán que lo desagradable durará para siempre o por mucho tiempo. Sumado a esto, plantea que transmiten esa depresión a todas las dimensiones

de la vida y se encierran en rumiaciones constantes. Los optimistas, por su parte, tienden a pensar de una forma contraria, sosteniendo que “la derrota es sólo un contratiempo pasajero” (Hirsch 2017, p. 114). Entienden a la adversidad como propia de una dimensión puntual de su vida.

Hablar de optimismo dentro de la psicología positiva, nos permite ir vislumbrando cómo el concepto de resiliencia puede ser enmarcado por esta perspectiva para ser incluido en la psicoterapia, ya que las cualidades del optimista antes mencionadas están íntimamente ligadas a la definición de resiliencia. Conjuntamente, indagar sobre las fortalezas y buscar el bienestar dentro de una terapia, es una de las vías que le permite al paciente salir resiliente frente a la adversidad que se le presenta.

2. Resiliencia

Según Masten, Best Y Garmezy (1990): “Resiliar, es recuperarse, ir hacia adelante tras una enfermedad, trauma, o estrés. Es vencer pruebas y crisis de la vida, resistiendo primero y trabajando para superarlas después y así vivir lo mejor posible”.

La resiliencia es considerada como un proceso, el cual puede ser estimulado y desarrollado, que da la posibilidad al individuo de salir acorazado y transformado por las vivencias de choque con la adversidad y el trauma, alcanzando así un despliegue de sus capacidades tanto emocionales, como cognitivas y sociales, para alcanzar una vida significativa y productiva. (Griffa, 2013).

Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik en 2001, hablan de este término también como la facultad que posee un individuo para continuar proyectándose en el futuro pese a los sucesos desestabilizadores que se le presentan y las circunstancias intrincadas de la vida. (Carbelo Baquero, et al., 2006).

Se ubica a la resiliencia como una “respuesta global” que involucra por un lado la fortaleza interna, por el otro las habilidades personales y por último el soporte social. De esta manera hablamos de un modelo triádico y ecológico que subraya tanto los elementos y las relaciones entre éstos, como la posición interactuante del individuo en el mundo. De este modo, supone una “adaptación positiva” en tanto el individuo desarrolla una característica de su personalidad, o bien, abandona la reiteración de una conducta disruptiva. Melilo y Luthar en 2001 explican que “Dicho proceso implica tanto ‘resistencia’ ante la destrucción como ‘flexibilidad’ para la reconstrucción” (Griffa, 2013).

El significado del término resiliencia (cuya etimología se encuentra en el verbo latino resilio, resilire: ‘saltar hacia atrás, rebotar’) significa ‘rebotar’ de una experiencia difícil y remite a la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida

difíciles y de traumas a veces graves (Morali, 2010).

La resiliencia es considerada un fenómeno que comprende dos componentes trascendentales: por un lado, resistir al suceso y por el otro rehacerse del mismo. (Bonanno et al., 2002; Bonanno y Kaltman, 2001 citado en Carbelo Baquero, et al., 2006).

Podemos encontrar un gran abanico de estudios que indican distintos pilares de la resiliencia. Uno de ellos es citado en la página del Instituto Salamanca tomando los estudios de Wolin y Wolin (1993) donde van a exponer el concepto de “Mandala de la Resiliencia”, para trazar así la idea de los siete pilares de la resiliencia, que denotan aquellos rasgos y cualidades que aparecen con reiteración en individuos considerados resilientes. Estos siete pilares son:

1. Introspección, siendo esta la capacidad de conocer, e indagar sobre lo que pasa tanto alrededor como en el interior de la persona y la cual es indispensable para adaptarse a las distintas situaciones.
2. Independencia, que se refleja en conductas tales como no involucrarse, “no engancharse” en situaciones conflictivas.
3. Capacidad de interacción, la cual implica la habilidad para reclutar pares y de establecer redes sociales de apoyo.
4. Iniciativa, la misma hace referencia a la capacidad de involucrarse en actividades tales como el estudio, la práctica de deportes y en la realización de trabajos voluntarios, comunitarios y hobbies, entre otros.
5. Creatividad, siendo la capacidad de pensar sobre los propios pensamientos que se expresa en el desarrollo de habilidades artísticas y en la forma de relacionarse con el mundo.
6. Ideología personal, se forma en la adolescencia donde se desarrollan valores propios y se establecen juicios en forma independiente de los padres. Se despliega el sentido de la compasión, justicia y lealtad.
7. El sentido del humor, permite sostener las identificaciones grupales, así como cambiar la percepción que se tiene sobre una situación. (“7 pilares de resiliencia”; Melillo, et al., 2001).

Melillo, Estamatti y Cuestas en 2001 agregan a los pilares de la resiliencia la autoestima, proponiéndola como la base de todos los pilares.

En su trabajo de 1997, Suarez Ojeda (tal como se cita en la página web del Instituto Salamanca) propone que los pilares de la resiliencia además se han categorizado y agrupado en cuatro componentes, que permiten diseñar y ensayar perfiles resilientes. Estos cuatro componentes se resumen en: competencia social, resolución de problemas, autonomía y sentido de propósito y de futuro. El primero hace referencia a la capacidad del individuo para establecer relaciones positivas con otros seres humanos. El segundo a la capacidad de juzgar ideas y

sistemas filosóficos. El tercero, por su parte, se basa en la habilidad para poder actuar independientemente, y en el control de algunos elementos del propio ambiente. El cuarto componente se vincula con el sentido de la autonomía y de la propia eficacia. Este último parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia.

Otra clasificación de los pilares de la resiliencia es brindada por Pablo Hirsch (2017) donde explica que se pueden caracterizar a las personas resilientes a través de factores externos e internos. Los factores internos son: la autoestima, el autocontrol, la flexibilidad, la creatividad, el sentido de optimismo, la capacidad reflexiva y de planeación, autorregulación y sentido del humor. Los externos, envuelven una relación emocional estable con al menos uno de los cuidadores primarios o con una persona significativa, redes sociales de apoyo, sentido de pertenencia e identidad social.

En el desarrollo de la vida humana existen infinidad de situaciones traumáticas que pueden poner en crisis su estabilidad emocional y los pilares previamente mencionados. Y a su vez estos pilares pueden ser de gran utilidad cuando se trata de superar infortunios. Una de estas situaciones traumáticas o infortunios es la infertilidad.

3. Infertilidad

La infertilidad es definida como la incapacidad para completar una gestación después de doce meses de mantener relaciones sexuales regulares y sin medidas anticonceptivas (OMS).

Hay dos tipos de infertilidad según la biblioteca nacional de Medicina de los Estados Unidos, MedlinePlus. La infertilidad primaria, por un lado, aqueja a las parejas que no han podido concebir un embarazo después de al menos un año de relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos. Esta definición se equipara con la definición universal que propone la OMS para la infertilidad. La infertilidad secundaria, por el otro, se refiere a las parejas que han podido quedar embarazadas al menos una vez, pero que luego no pueden lograrlo.

Entendemos que el origen de la infertilidad no se atribuye exclusivamente a un sexo, sino que existen tanto factores relacionados a la biología masculina, como a la femenina y hasta a la combinación de ambas que pueden resultar en infertilidad.

Entre las causas más frecuentes en las mujeres podemos encontrar:

Trastornos autoinmunitarios, como el síndrome antifosfolípido (SAFL), defectos congénitos, modificadores el tracto reproductor, cáncer o tumor, trastornos de la coagulación, diabetes, consumo excesivo de alcohol, ejercicio excesivo, trastornos alimentarios o desnutrición, neoplasias (como miomas o pólipos) en el útero y el cuello uterino, uso de ciertos medicamentos, como por ejemplo fármacos quimioterapéuticos, desequilibrios hormonales, edad avanzada, quistes ováricos y

síndrome de ovario poliquístico (SOPQ), infección pélvica que resulta en una cicatrización o una inflamación de las trompas de Falopio (hidrosalpinx) o enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), cicatrización a raíz de infección de transmisión sexual, cirugía abdominal previa o endometriosis, tabaquismo, cirugía para prevenir el embarazo (ligadura de trompas) o falla de la cirugía de recanalización de trompas (reanastomosis) y enfermedad tiroidea (MedlinePlus).

Las causas masculinas incluyen algunas de las anteriores, agregándose impotencia y eyaculación retrograda como características exclusivas del hombre. Los problemas de infertilidad y las tasas de abortos espontáneos aumentan considerablemente luego de los 35 años de edad en las mujeres.

A la hora de examinar y buscar la causa o las causas de la infertilidad, es importante estudiar a la pareja en su conjunto y no de manera individual. A su vez, el descubrimiento de un factor de infertilidad en un miembro de la pareja no implica que no se deba buscar otros factores en el otro, debido a que pueden aparecer más de un factor concurrente en la misma pareja. (González Labrador y Miyar Pieiga, 2001).

Frente a dicho diagnóstico, normalmente surgen sentimientos de inadecuación, de envidia hacia otros que sí son padres, desesperación, miedo, dolor físico y emocional, pérdida de deseo sexual, disfunciones sexuales, síntomas de ansiedad, disminución de la autoestima (Palacios y Jadresic, 2000).

En consecuencia con lo expuesto, entendiendo las dificultades que se pueden presentar ante el padecimiento de una situación de infertilidad, el concepto de resiliencia y los pilares de la psicología positiva, es que podemos concluir que: El desarrollo del concepto de resiliencia, dentro del marco de una psicoterapia positiva, puede ser un método eficaz para el tratamiento de la infertilidad.

Capítulo I: Resiliencia ¿cómo incluirla dentro de una psicoterapia positiva?

1.1 La resiliencia y sus diferentes concepciones

“... La curiosidad y el interés por averiguar qué es lo que hacía que determinados personajes <<metamorfosearan>> el dolor y saliesen victoriosos a pesar de las múltiples desgracias, ha sido un continuo entre las distintas disciplinas...” (Puig & Rubio, 2015)

Esta capacidad de “metamorfosear el dolor” que tanto capta nuestra atención y nos invita a investigar más y más sobre el tema, es lo que denominamos “resiliencia”.

Retomando lo expresado en el marco teórico, no hay una sola concepción sobre la resiliencia, su definición y sus pilares. Las distintas miradas que lo abarcan, varían según época, autores, corrientes, perspectivas y disciplinas. Pero en lo que todos acuerdan es que, cuando hacemos referencia al concepto de resiliencia asumimos que involucra una capacidad positiva y efectiva de afrontamiento frente a la adversidad. (Becoña, 2006).

Stefan Vanistendael, en el prólogo escrito en el libro de Puig y Rubio (2011), afirma que la resiliencia humana ya existía en los primeros seres humanos y explica como en varias culturas, los relatos, las leyendas y la música están inspirados en ese concepto.

Puig y Rubio (2011) proponen que, en la actualidad, conviven entre sí diferentes perspectivas sobre la resiliencia ya que se trata de un fenómeno multidimensional y complejo. Plantean así cinco concepciones convivientes de la resiliencia:

1. La resiliencia como potencialidad: posibilidad que puede poseer cualquier persona por el hecho de ser persona. De esta manera la resiliencia es entendida como una capacidad humana universal.
2. La resiliencia como un rasgo: bajo este paradigma se define a la resiliencia como una fuerza intrapsíquica. Se la considera como una habilidad personal, un rasgo perteneciente a determinadas personas.
3. La resiliencia como estrategia: la resiliencia es vista como una herramienta que puede aprenderse y promocionarse – es a partir de este punto el que se logra incluir la resiliencia dentro de un ámbito de psicoterapia – que puede construirse y reconstruirse.
4. La resiliencia como un proceso: resiliencia como proceso donde intervienen agentes tanto psíquicos como ambientales que interactúan frente a la adversidad de manera dinámica. Entonces esta mirada propone a la resiliencia como una herramienta que dependerá del proceso interactivo del sujeto con los otros sujetos.

5. La resiliencia como un paradigma: supone una transformación del paradigma de déficit (centrado en lo patológico) hacia un nuevo paradigma centrado en las fortalezas. Esta concepción ve a la salud como algo que hay que promover y no sólo como la ausencia de enfermedad.

A modo de profundizar sobre los pilares de la resiliencia explicados en el proyecto del presente escrito, tomamos el trabajo de Melillo, et al. (2001) donde analizan los pilares de la resiliencia propuestos por Suarez Ojeda en 1996 basados en el esquema del mandala de la resiliencia ideado por Wolin y Wolin en 1993:

Por un lado, proponen que la introspección es el "arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta". Esta capacidad puede tornarse negativa si hay una crítica exacerbada hacia el yo proveniente del superyó, o si el sujeto se encuentra sofocado por los altos niveles de exigencias en lo que respecta a sus proyectos. Cuando esto sucede, la capacidad de introspección falla y el sujeto no puede responder honestamente, dañando su autoestima y la imagen que tiene de sí mismo.

Por otro lado, explican que la capacidad de interacción y relacionarse con los demás es producto de la necesidad de supervivencia del ser humano, los sujetos se encuentran constantemente bajo la necesidad de afecto para alimentar su autoestima. Esta capacidad puede verse alterada por una falla en el narcisismo lo que conlleva a una alteración en la autoestima del sujeto, tanto por la carencia como por el exceso de la misma. Cuando la autoestima es baja, las personas tienden a pensar que no son merecedoras del interés de los otros. A la inversa, cuando la autoestima es excesivamente alta, hay una 'sobreestimación defensiva' que se reviste de orgullo, arrogancia y sentimientos de superioridad, siendo estas cualidades que alejan a los que lo rodean. Por el contrario, cuando la capacidad de relacionarse es positiva, se allana un camino hacia el desarrollo de la iniciativa del sujeto.

La independencia, por su parte, se encuentra estrechamente relacionada con el desarrollo del principio de realidad, lo que permite adoptar una postura adaptativa frente a una situación determinada, sin sesgarla en base a los deseos íntimos del sujeto. Una correcta evolución de la independencia, permitirá establecer límites con las circunstancias o con las personas problemáticas, sin abatirse en el retraimiento.

Otro de los pilares sobre los que ahondan es el del sentido del humor. Explican que el humor implica un logro del yo, que deja ver como la percepción de determinada circunstancia tiene la posibilidad de reconfigurarse repentinamente y generar una transformación en el afecto y el comportamiento del individuo. Mellilo et al. (2001 p97) recurren a una cita de Freud (1927) para explicar el humor donde afirma que: "su esencia consiste en ahorrarse los afectos a que habría dado ocasión la situación y en saltarse mediante una broma la posibilidad de tales exteriorizaciones de sentimiento". En efecto, Viktor Frankl, propone al humor como una de las herramientas con las que contaban las personas para sobrevivir en los campos de concentración

en la Segunda Guerra Mundial. Esta capacidad está íntimamente ligada con el pilar de creatividad.

La creatividad tiene un origen en la infancia, donde el niño juega. Freud en su obra de 1908 (1998) propone que en la infancia la ocupación preferida del niño es el juego, en el juego el niño crea un mundo nuevo a partir del mundo que conoce y va desplazando objetos para que le resulte placentero. El niño introduce en este juego una enorme cantidad de monto subjetivo. Como bien sabemos el sujeto humano nunca renuncia a una ganancia de placer. Lo intenta, pero nunca logra renunciar. Lo que parece una renuncia es claramente una formación sustitutiva, uno de alguna manera reemplaza algo por otra cosa. Cuando el niño deja de jugar, comienza a fantasear y así deviene la creatividad de las personas. Mellilo et al. en 2001, supone a la creatividad como la habilidad para abandonar la lógica lineal del pensamiento provocando un efecto liberador en el sujeto. Involucra "la capacidad de pensar sobre los propios pensamientos" (Mellilo et al., 2001, p. 99). Posibilita un camino donde se puedan crear y transformar conceptos, perspectivas sobre diferentes situaciones, hipótesis y potencialidades de acción. A su vez, brinda la oportunidad de apoyarse en el entorno y de este modo aumentar su capacidad para desenvolverse en el mundo.

Ampliando lo expuesto, Henderson Grotberg (2002) ha creado un modelo basado en estos pilares, donde caracteriza a la resiliencia a partir de un lenguaje que demuestra una posesión de condiciones resilientes: Yo tengo..., yo soy..., yo estoy..., yo puedo....

A partir de estas verbalizaciones van a aparecer los distintos pilares de la resiliencia como la autoestima, la confianza en sí mismo y en el entorno, la autonomía y la competencia social.

Nos referiremos a continuación a dichas verbalizaciones:

YO TENGO... (haciendo referencia a los apoyos externos):

- personas que me rodean que me transmiten confianza y que me quieren de manera incondicional.
- personas que me enseñan a prevenir peligros o problemas a partir de la puesta de límites.
- personas que me sirven como modelo
- personas que quieren que aprenda a manejarme solo.

YO SOY... (haciendo referencia a la fuerza interior):

- una persona que es apreciada por los otros
- feliz al realizar algo bueno por los demás y demostrarles mi afecto.
- respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- seguro de mí mismo, optimista.

YO ESTOY...

- dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- seguro de que todo saldrá bien.
- triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- rodeado de compañeros que me aprecian.

YO PUEDO...

- hablar sobre cosas que me asustan, angustian o me inquietan.
- buscar la manera de resolver mis problemas.
- controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- sentir afecto y expresarlo. (Henderson Grotberg, 2002; Polo 2009).

Henderson Grotberg (2002, p.21) afirma que tanto poseer como impulsar conductas resilientes, precisa de diferentes estrategias y que la resiliencia es un componente que involucra la interacción dinámica de distintos agentes en la vida de la persona que se van modificando a lo largo de su vida. De esta manera se concibe a la resiliencia como un concepto dinámico y cambiante.

Es importante destacar que no es necesario poseer todas las verbalizaciones expresadas para poder desarrollar la resiliencia, y, por el contrario, el apropiarse de dichas expresiones no garantiza un efectivo desarrollo de la resiliencia. La clave está en no sólo poseer dichos factores, sino en conocer de qué manera utilizarlos como armas contra la adversidad.

Una persona puede ser resiliente frente a determinada circunstancia, pero no frente a otra. Esto sucede porque cuando se enfrenta a situaciones conocidas, tiene más herramientas para poder enfrentar y superar el infortunio, en cambio cuando la situación es nueva o riesgosa, es probable que experimente una pérdida de control. Es ahí donde es necesario intervenir para ayudarlo, pero para ello es importante que sepa pedir ayuda.

Así, entendemos que la resiliencia no sólo es desarrollada en un grupo reducido y afortunado, sino que todos tienen la capacidad de volverse resilientes. El desafío está en encontrar la forma más apropiada de promoverla en cada persona. (Henderson Grotberg, 2006, p.20).

1.2 Factores protectores promotores de la resiliencia

En su trabajo de 2001 (tal como se cita en Alves Farias, 2016 p. 48) Yunes y Szymanski explican que los factores de protección (buffers), son aquellos que se activan cuando las

personas se encuentran bajo una circunstancia riesgosa y amenazadora, y les permite desarrollar una capacidad transformadora capaz de cambiar el rumbo y permitir que esa trayectoria riesgosa termine en un “final feliz”.

El concepto de factores protectores hace referencia a aquellos agentes que permiten cambiar, mejorar o perfeccionar la respuesta de un individuo frente a ciertos riesgos que pueden resultar en una acción poco adaptativa.

La palabra “protectores” no implica que siempre estos factores sean agradables, incluso a veces, ciertas situaciones no agradables pueden convertirse en un factor protector que impulse mecanismos de adaptación, fortalecimiento y fomenta el aprendizaje bajo tensión.

Es relevante destacar que estos factores no sólo deben ser identificados, sino también se debe comprender sus asociaciones y la manera en la que actúan como reductores de los impactos de la adversidad.

Remontándonos a nuestro marco teórico, consideramos importante para comprender aquellos factores que promueven el salir fortalecido frente a la adversidad, hacer una distinción entre a) las cualidades correspondientes al ambiente, por un lado, y b) las cualidades relacionadas a lo interno de cada persona, por el otro. (Mateu Pérez, García Renedo, Gil Beltrán & Caballer Miedes, 2010).

a) Factores protectores vinculados al ambiente

Como factor protector principal podemos encontrar los denominados “tutores de resiliencia”.

Boris Cyrulnik, va a proponer el concepto de tutor de resiliencia explicando que “un tutor de resiliencia es alguien, una persona, un lugar, un acontecimiento, una obra de arte que provoca un renacer del desarrollo psicológico tras el trauma” (Puig & Rubio 2015 p138).

Éste es alguien que sea capaz de promover el desarrollo de las fortalezas internas del individuo, que lo ayude en sus relaciones interpersonales y que sirva como motor e impulso para ayudarlo a resolver las dificultades que la vida le presenta.

El tutor de resiliencia que acuña el autor no necesariamente realiza un acto consciente. De hecho, explica que un encuentro significativo espontáneo, momentáneo, efímero, puede bastar para realizar un cambio en el individuo y funcionar como tutor de resiliencia. Pero el impacto que tiene ese momento puntual y preciso como impulsor de resistencia y transformación, está vinculado al hecho de que ese momento queda en la memoria y en el recuerdo del individuo, lo que implica que uno puede evocarlo en cualquier circunstancia. (Puig & Rubio, 2015).

Por lo general, el denominado tutor de resiliencia es aquel que se caracteriza por ser empático, apoyar incondicionalmente a la persona y funcionar como estímulo para lograr sus objetivos. Debe generar un clima de confianza y establecer una vinculación afectiva para de esta manera, ayudar a la persona a superar y resolver problemas. (Puig & Rubio, 2011).

El vínculo que establece el tutor con la persona que ha sufrido una vivencia adversa, posibilita el desarrollo de cualidades que antes la persona no había sido capaz de desplegar, permaneciendo ocultas. (Puig & Rubio, 2015).

Los tutores pueden ser tanto intrafamiliares como extrafamiliares (Mateu Pérez, et al., 2010). O como los denominan Puig y Rubio (2015) pueden dividirse en explícitos o implícitos.

- Los intrafamiliares o implícitos involucran a una figura paterna, maternal y/o a otro miembro familiar que sea cálido y afectuoso o tener una familia estructurada. (Mateu Pérez, et al., 2010). Son los sujetos que forman parte del entorno social, familiar y cultural, aquellos que están presentes en la vida cotidiana de la persona.
- Los extrafamiliares o explícitos, por su parte, son agentes fuera del ámbito familiar. Son aquellas personas que se proponen voluntariamente para brindar ayuda a las personas que se encuentran atravesando una situación adversa. Frecuentemente en esta categoría nos referimos a los profesionales, tales como los psicólogos, pero no sólo se limita a nuestra profesión, sino que también califican como tutores explícitos otros individuos como médicos, maestros, sacerdotes, artistas, en donde el sujeto que se encuentra atravesando la situación difícil pueda encontrar un sostén.

Castro y Llanes (2006) también desarrollaron el concepto de tutor de resiliencia llevándolo al ámbito educativo. Los autores explican que se considera guías o tutores de resiliencia a aquellas personas que ante situaciones adversas o traumáticas proporcionan a los niños seguridad, les ayudan a superar la adversidad y les enseñan estrategias para desarrollar fortalezas y habilidades.

Los tutores/guías de resiliencia proporcionan una relación afectiva, solidaria y facilitan la toma de conciencia con la realidad ante sucesos adversos. Cyrulnik (1999) considera que los guías o tutores de resiliencia pueden ser cualquier persona que rodee al niño. En el ámbito educativo se propuso implementar las denominadas tutorías de resiliencia. La tutoría en resiliencia propone un acompañamiento y apoyo que puede realizarse tanto en un formato individual, como en uno grupal, teniendo en cuenta los medios y las capacidades con las que cuenta cada institución.

De esta manera, si la persona que ha experimentado una adversidad no logra encontrar la base segura dentro de su entorno familiar, es decir, no existe tal tutor implícito, no implica que no pueda salir adelante y afrontar la situación de la mejor manera. Lejos de eso, tiene la posibilidad de encontrar o elegir, fuera de ese ambiente cercano y familiar, una persona en quien apoyarse y contar, y que tenga ese poder transformador para “metamorfosar el dolor” a fin de poder encontrar un sentido y construir un proyecto de vida. (Puig & Rubio, 2015, p. 44).

b) Factores protectores vinculados a la propia persona

Entre los factores vinculados a la propia persona se encuentran: alta autoestima, seguridad en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía, locus de control interno, optimismo, fortaleza

personal, afrontamiento positivo, resolución de problemas, autonomía y competencia cognitiva, demostración de sus emociones (Polo, 2009).

Sánchez Teruel, et al. (2014) proponen que los factores protectores personales se dividen en factores cognitivos, factores afectivos, factores conductuales y por último factores vinculados a la personalidad.

Dentro de los cognitivos destacan el autoconcepto positivo, la autorregulación y la flexibilidad cognitiva, el estilo atribucional positivo y el hecho de encontrar razones para vivir.

Dentro de los afectivos sugieren que se encuentran el autocontrol emocional, la esperanza, la autoestima, la gratitud y la perseverancia hacia metas a pesar de la adversidad.

Dentro de los conductuales destacan el control de los impulsos, las habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata, la expresión de emociones y la capacidad de gestionar conflictos.

Por último, con respecto a los factores vinculados a la personalidad sugieren el sentido del humor, la empatía y la búsqueda del sentido de la vida. (Sánchez Teruel, et al. 2014 p.187).

A raíz de una gran variedad de estudios realizados sobre resiliencia, se han detectado algunos factores comunes en personas con mayor capacidad de resiliencia frente a situaciones traumáticas.

Pérez-Sales y Vázquez en 2003, (citados en Alves Farias, 2016 p. 48) proponen una clasificación de estos elementos:

Por un lado, plantean como factor promotor de resiliencia la tendencia a recordar de manera selectiva los elementos positivos y apartar los negativos. Además, explican que tender a aceptar una cierta dosis de incertidumbre e impredecibilidad en la vida y asumir la existencia de una cuota de suerte, también es una característica de las personas más resilientes.

Otro factor personal promotor de resiliencia se explica en relación a otro u otros. Así al compararse con la situación de una o más personas que lo rodean el sujeto resiliente tiene la capacidad de recalcar elementos positivos. Esto se ejemplifica con pensamientos tales como: "hay personas a las que les ha ido peor", "es cierto que hubo momentos en que fallé, pero también hubo otros en los que respondí adecuadamente", imaginarse que las cosas podrían ser peores y "aceptar que las molestias que tienen son normales y pasarán con el tiempo" (Taylor, 1990 citado en Alves Farias 2016, p.49).

Por último, que la persona sea capaz de destacar, que una vez pasado el infortunio, va a contar con más herramientas y recursos a la hora de enfrentarse a otra nueva situación, es considerado también un factor que favorece el desarrollo de la resiliencia.

1.3 Factores de riesgo que obstaculizan el desarrollo de la resiliencia

Los denominados factores de riesgo son aquellos actos, tanto pasivos como activos, que dificultan el desarrollo de la resiliencia, conllevando un peligro y una amenaza para la persona y un daño a su salud. (Polo, 2009 p. 68).

“Los factores o mecanismos de riesgos son considerados eventos adversos en la vida que son vistos como obstáculos individuales o ambientales que aumentarían la predisposición individual que potencializa los efectos de un estresor”. (Alves Farias 2016, p.47).

A estos factores los podemos dividir en tres:

1. Por un lado, se encuentran los factores personales. Los mismos hacen referencia a las características de las personas que desfavorecen la resiliencia: baja autoestima, inseguridad, dificultad para comunicarse, incapacidad de ponerse en el lugar del otro, locus de control externo, pesimismo, inseguridad, afrontamiento evitativo, dificultad para la resolución de conflictos, dependencia, déficit de habilidades sociales, introversión. Estas personas además suelen atribuir los fracasos y errores a circunstancias que no son fáciles de cambiar, o bien culpan a otros para salvar la imagen que tienen de sí mismos.
2. Por el otro, la falta de un adulto significativo que reconozca los esfuerzos y los logros y/o que establezca límites difusos, puede desembocar en desapego y en dificultades para vincularse afectivamente. Al conjunto de estos factores se los denomina “factores de riesgo familiares”.
3. Por último, existen los factores de riesgo que implican la ausencia de redes sociales o de una red de contención. Hacemos referencia a la carencia de redes sociales cuando hay una falta de un grupo de pares, de tiempo libre de ocio o en situaciones donde hubo una deserción escolar. (Alves Farias, 2016, p.43; Polo, 2009 p. 68).

Todos estos elementos tienen un origen psicosocial y sociocultural, y tienden a generar en la persona perturbaciones psicológicas, respuestas desadaptativas y consecuencias negativas en el desarrollo del individuo. (Pesce, Assis, Santos y Oliveira, 2004; Couto, Koller y Novo, 2006 citado en Alves Farias 2016, p. 47).

Sabemos que la resiliencia es un concepto cambiante y dinámico, de la misma manera lo son sus factores obstaculizadores. La presencia de estos factores no resulta necesariamente en una resiliencia no desarrollada, ni la ausencia de los mismos resulta de manera lineal en una resiliencia desarrollada. Factores como la frecuencia, cronicidad, consecuencias y contexto al que estén expuestas las personas van a determinar el rumbo de cada persona.

1.4 Resiliencia y Psicoterapia Positiva

“La Psicología Positiva recuerda que el ser humano tiene una gran capacidad para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas más terribles, capacidad que ha sido ignorada por la Psicología durante muchos años” (Park, 1998; Gillham y Seligman, 1999; Davidson, 2002 citado en Polo, 2009 p.61).

Desde los comienzos de la sistematización del pensamiento en las ciencias de la salud, la tendencia generalizada fue focalizarse en los estados patológicos más que en los saludables. Las investigaciones se centraban principalmente en describir de manera detallada las enfermedades junto a sus causas y sus efectos, enfocándose en los resultados negativos de las mismas.

Hoy en día son varios los autores que se propusieron reconceptualizar la experiencia traumática a partir de un paradigma más saludable, enfocado en las fortalezas y habilidades positivas de los seres humanos de afrontamiento, resistencia y aprendizaje frente a los infortunios de la vida. (Polo, 2009 p.61).

Retomando las diferentes concepciones que proponen Puig y Rubio (2011) sobre la resiliencia, estos plantean a la resiliencia como un paradigma que ve a la salud como algo que hay que promover y no sólo como la ausencia de enfermedad.

La página web del Instituto Salamanca en su artículo sobre “Los 7 pilares de resiliencia”, amplía este concepto de resiliencia como paradigma brindando una visión interesante que nos permite enmarcar el concepto de resiliencia dentro de una psicoterapia positiva.

Se plantea una diferencia entre el denominado “Enfoque de Riesgo” y en contraposición a este, el llamado “Enfoque de Resiliencia”.

El Enfoque de Riesgo se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social. El enfoque de Resiliencia, en cambio, propone la mirada contraria.

Munist y Santos en 1998, explican el Enfoque de Resiliencia a partir de lo que se denominó el “Modelo del Desafío”. El modelo propone que las fuerzas negativas, referidas a daños o riesgos, no encuentran a una persona inerte, libre de armas para defenderse. Proponen la existencia de escudos protectores que disminuyen los efectos negativos, impidiendo que estas fuerzas actúen de manera lineal. En ciertos casos estos escudos permiten reformular esas fuerzas en agentes de superación de las situaciones difíciles de afrontar.

Retomando lo expresado en el marco teórico de la presente tesina, donde se expone una diferencia entre el modelo de psicoterapia inicial (centrado en la enfermedad) y el modelo de psicología positiva actual propuesto por Seligman en 1998 (centrado en el proceso de salud) podemos apreciar cómo se asemeja esta contraposición de perspectivas psicológicas a esta diferencia marcada en los enfoques que hacen referencia a la resiliencia. De esta manera, los

conceptos de psicoterapia, psicología positiva y resiliencia se vuelven homologables y complementarios.

De este modo, si el terapeuta adopta un rol positivo como tutor de resiliencia centrado en fomentar la misma, su trabajo estará centrado mayormente en las fortalezas de la persona y no en la enfermedad. Buscará crear un clima que favorezca la expresión del sufrimiento y lo ayudará a encontrar sus potenciales y a fomentar el entrenamiento de los mismos para utilizar como herramientas frente al padecimiento y la desazón, con el objetivo de propiciar la confianza en sí mismo, y así poder tener una sensación de control frente a la adversidad. Se intentará que el paciente se sienta aliviado y pueda volver a sentirse seguro en el mundo que lo rodea, confiando en los demás y reintegrándose en su entorno, dejando a un lado su rol de desamparado. Este trabajo terapéutico, funciona como promotor de la resiliencia, para utilizarla como sustituto de otras respuestas ineficaces y poco adaptativas frente al sufrimiento. (Puig & Rubio, 2015, p.119).

Puig y Rubio (2015 p.151) retoman su obra expuesta en 2012 para proponer una serie de estrategias a considerar a la hora de promover la construcción de la resiliencia en psicoterapia:

Por un lado, explican que hay que romper con los estereotipos que la persona posee, haciendo referencia a las “etiquetas psicológicas” que le son otorgadas. Se debe tener como objetivo ayudar al paciente a no dejar que la situación que está atravesando lo defina como persona, lo que no implica que reniegue de su situación. Es decir, que asuma lo que le está pasando, pero que no permita que eso lo determine.

Por otro lado, plantean como estrategia el hecho de acompañar al paciente a descubrirse y a conocer sus habilidades. Acá se pone el foco en los aspectos positivos de la persona, corriéndose de los negativos y estigmatizantes.

También escriben sobre la importancia de seleccionar la información que trae el paciente, haciendo énfasis en que hay que trabajar sólo con lo que el mismo trae, y no con lo que el terapeuta interpreta o cree que se debe trabajar. El rol del terapeuta se encuentra en poner el foco, dentro de lo que trae el paciente, en las cualidades y habilidades de la persona y en impulsarla a desarrollar sus fortalezas y a confiar nuevamente en sí mismo, fomentando las emociones positivas y propiciando un clima donde pueda recordar experiencias positivas, y no sólo centrarse en el sufrimiento. Partiendo de las facultades e inquietudes del sujeto, se proponen objetivos divididos en sub objetivos pequeños para poder dar cuenta de los avances y cumplimientos de los mismos de una forma más evidente.

Otra de las estrategias consiste en respetar el ritmo del paciente. Es importante obrar sobre el infortunio, posibilitando herramientas de afrontamiento para enfrentarse a éste. Se intenta impulsar al paciente a pedir ayuda, pero al mismo tiempo, a desarrollar su independencia, conectándose con el momento presente y ayudándolo a que pueda convivir con su situación. A su vez, se propone encontrarle un sentido a esa situación y a fomentar la iniciativa para crear

proyectos a futuro, que posibiliten correr el foco de la adversidad y permitirle vivenciar experiencias satisfactorias.

Por último, exponen que es importante cuidar el vínculo afectivo que se crea en la relación terapéutica, a través, entre otros medios, del sentido del humor, abriendo la posibilidad de reírse de sí mismo como una de las estrategias fundamentales para incluir la resiliencia dentro de la psicoterapia.

Estas estrategias nos dan la pauta de que incluir a la resiliencia dentro de una psicoterapia es un camino no sólo posible, sino fructífero dentro de la psicología positiva.

Otro de los autores que vislumbran la posibilidad de incluir la resiliencia dentro de una psicoterapia es Inbar en su trabajo de 2011. En el mismo realiza un estudio con el fin de incluir la resiliencia tanto individual, como familiar y de pareja en un tratamiento psicológico específicamente para la depresión. Adopta un enfoque integrativo (combinando la psicología cognitiva conductual junto con la psicología positiva) para abordar la terapia y que los pacientes afronten la depresión mediante el desarrollo de la resiliencia.

Se propone marcar las metas y los procesos claves de la resiliencia para la prevención y superación de la depresión, así como establecer aquellas características positivas que podían adquirir los pacientes a partir de la terapia para vencer la adversidad.

El autor concluye que la psicoterapia cognitivo conductual sumada a la psicoterapia positiva enfocada en resiliencia resulta un tratamiento seguro y confiable en la prevención y atención de la salud mental. Asimismo, luego de medir los resultados a corto, largo y mediano plazo expone que incluso es un tratamiento igual o más eficiente que los tratamientos psicofarmacológicos, porque una vez desarrollada la resiliencia, se generan conocimientos y hábitos para aplicar en todos los ámbitos de la vida y que superan la mera recuperación de la depresión. (Losada y Latour, 2012).

Enfocar los esfuerzos terapéuticos en la fuerza y potencialidad de reconstrucción del ser humano, significa un cambio, no sólo en la manera de intervenir desde la psicoterapia, sino en la propia manera en que la persona en crisis se concibe, ya que es una invitación a mirarse desde la posibilidad y no desde la carencia. (García Averasturi, 2005 citado en Puig & Rubio, 2015. p.146)

Capítulo II: Impacto en el diagnóstico de infertilidad, efectos psicológicos y modo de tratamiento. ¿Cómo incluir el desarrollo de la resiliencia dentro del mismo?

2.1 Impacto del diagnóstico de infertilidad

La infertilidad se define como una crisis de vida a la que contribuyen un amplio espectro de agentes de naturaleza cíclica, lo que genera un fuerte desgaste emocional. La experiencia de expectativa e ilusión, al comienzo del ciclo, y la decepción, cuando llega la menstruación, se replican una y otra vez.

Palacios y Jadresic en su trabajo del año 2000, aseguran que ya desde la década del 80, los estudios eran consistentes a la hora de resaltar las perturbaciones emocionales como una consecuencia de la infertilidad y no como una causa de la misma.

Tal como se expresa a lo largo de la presente tesina, en parejas infértiles se han encontrado un gran abanico de sentimientos que surgen tras el diagnóstico o tras la imposibilidad de concebir luego de cuantiosos intentos.

Existen variables que determinarán la primera reacción frente al diagnóstico de infertilidad. Entre éstas se encuentran: la personalidad de cada uno, la situación personal del varón, de la mujer y de la pareja, si es el primer hijo o no, la edad de cada integrante de la pareja y la causa de la infertilidad. (Jadur y Duhalde, 2005)

Entre los impactos emocionales que destacamos se encuentran: desesperación, inadecuación, envidia y celos hacia la mujer embarazada, pena, pérdida de la libido, miedo, disfunción eréctil, inestabilidad emocional, disminución de la autoestima, culpa, depresión e ideación suicida. Además, aparecen trastornos psicósomáticos y un irrefrenable deseo de adoptar un hijo rápidamente o incorporarse a algún programa de fertilización asistida. (Palacios y Jadresic, 2000). Si la pareja decide entrar en tratamiento para iniciar una fertilización asistida, aparecen otros múltiples factores que impactan en la misma, de los cuales no vamos a ahondar en detalles pero si podemos destacar, por un lado, los agentes económicos, debido al costo del tratamiento, y por el otro, la sensación de invasión de la privacidad y del propio cuerpo, debido al sometimiento en exceso de los procesos quirúrgicos o a la serie de preguntas rigurosas relacionadas a sus relaciones sexuales.

Palacios y Jadresic (2000), afirman que la infertilidad genera secuelas por la seguidilla de efectos y alteraciones en las diferentes áreas de la vida de la persona, afectando principalmente la autoestima y la sexualidad.

Explican la sensación de incompletud en la pareja por falta de ese hijo, lo que dificulta la relación diádica, disminuyendo el placer, convirtiéndolo en un tema tabú del que es mejor no

hablar. La ansiedad, depresión, sentimiento de culpa, miedo y aislamiento también aparecen con gran frecuencia y grado.

Moreno-Rosset (citado en Flores Robaina, et al., 2008, p. 207) también sugiere que el diagnóstico puede originar una crisis vital que se acompaña de varios sentimientos como sensaciones de culpa, impotencia, falta de control, estrés y un exceso de carga emocional.

Un aspecto que agrava el impacto tras el diagnóstico es la perspectiva que la sociedad adopta hoy sobre la maternidad: A la mujer se la sigue vinculado con la función maternal, y al hombre como símbolo de potencia sexual, generando de este modo un gran perjuicio para aquella pareja con dificultades reproductivas. (Jadur y Wainstein, 2015).

La mujer es frecuente que experimente una sensación de vacío y frustración en relación a su condición femenina. Se estima que entre el 59.60 y el 67% de las mujeres diagnosticadas con infertilidad presentan problemas de ansiedad y alguna comorbilidad psiquiátrica. (Regueiro Ávila y Valero Aguayo, 2011). El hombre, por su parte, suele sentirse agobiado bajo sensaciones de angustia y depresión, al vincular su incapacidad de concebir y ser padre con su virilidad. Muchas veces evitan enfrentar el problema, y se rehúsan a someterse a cualquier estudio, como puede ser un espermograma, o a asistir a consultas, lo que deriva en peleas conyugales afectando la convivencia. (González Labrador y Miyar Pieiga, 2001).

González Labrador y Miyar Pieiga (2001) explican que una gran cantidad de personas que son diagnosticadas con infertilidad, tienen la sensación de estar dañadas o defectuosas, repercutiendo así en su sentido del sí mismo, su valor, su autoestima y su imagen corporal. Plantean también como una cuestión que aparece frecuentemente tras el diagnóstico, a la sensación de ser poco atractivos sexualmente, lo que los invita a disminuir su impulso, respuesta y deseo sexual. En algunas oportunidades, realizan intentos de arreglar su propia imagen y autoestima mediante el mantenimiento de relaciones sexuales extraconyugales, terminando a veces en la promiscuidad extrema y perjudicando sus relaciones y hasta incluso a veces, dañándose a sí mismos. En otras ocasiones, siguiendo con la línea de las perturbaciones en el ámbito de la sexualidad que provoca la infertilidad, las parejas experimentan la asexualidad, ya que se convencen de las que relaciones sexuales sólo están vinculadas a la reproducción y que, si esto no va a ocurrir, no encuentran un sentido a dedicarle energía a esa actividad. La relación sexual comienza a tener un carácter meramente necesario para la reproducción y adopta un matiz de "trabajo" o "tarea obligatoria", abandonando sus fines placenteros.

En ciertas ocasiones el impacto de la infertilidad en las parejas luego de un tiempo considerado de consultas, produce sensaciones de frustración y desesperación. Innegablemente querer algo y no poder conseguirlo, sea cual sea ese deseo, suele producir perturbaciones y desconcierto, pero más aún si se trata de un tópico como la fertilidad que afecta y repercute no sólo en su propia persona, sino que en la pareja y en la sociedad.

Incluso, los mismos efectos e impactos causados por la infertilidad y la búsqueda repetida y fallida de un hijo, pueden ser considerados una causa de mantenimiento del fracaso vinculado a concebir. Esto puede ser explicado porque los distintos estudios para encontrar la causa de la infertilidad y su correlativo tratamiento, puede generar una desesperación tal que la pareja puede comenzar a sufrir ciertas alteraciones en su sexualidad que antes no existían, dificultando aún más la concepción y convirtiendo el efecto psicológico traumático que tiene el diagnóstico, en una causa.

González Labrador y Miyar Pieiga en su trabajo de 2001, explican que el estar pendiente y exigirse entre la pareja la consumación del acto sexual con fines reproductivos, el hombre puede padecer eyaculaciones retardadas (falla en la eyaculación intravaginal) o eyaculaciones retrógradas (líquido seminal es enviado hacia la vejiga en vez de ser expulsado intravaginalmente), imposibilitando el embarazo.

Cuando el coito resulta inaccesible, no pudiendo lograrse en su totalidad o lograrse rara vez en el ciclo no fértil del período menstrual debido a una disfunción eréctil, puede considerarse como esterilidad. Pero esta disfunción no constituye una génesis habitual de infertilidad; cuando aparece, lo hace principalmente como resultado del procedimiento o del diagnóstico de la misma. Es habitual que, frente a la imposibilidad de concebir, se planifique un “calendario de relaciones sexuales”, donde se programan días fijos para mantenerlas más allá del deseo. También puede suceder que haya que adquirir muestras del semen, otro aspecto que inquieta y preocupa al hombre, y como respuesta surgen imposibilidades en la erección. (González Labrador y Miyar Pieiga, 2001).

Entendemos que el momento de recibir el diagnóstico, genera un fuerte impacto en la pareja y es posible que necesite procesar la información de manera paulatina y que deba atravesar un debido proceso de duelo producto de la pérdida de la posibilidad de ser padres. Elizabeth Kubler Ross (2017) propone que existen 5 etapas correspondientes a ciertas emociones que suelen experimentar los individuos al atravesar una pérdida, sea cual sea la misma. Estas etapas son:

- Negación: producto del impacto causado por la noticia. El aparato psíquico se defiende de alguna manera para no tramitar tanto dolor de golpe.
- Ira: explica que es un sentimiento que debe salir, hay que permitir que esta emoción encuentre su vía de expresión. Una vez que aparece la ira, comienzan a aflorar todas las emociones que hay detrás. En casos de infertilidad, la ira podría estar destinada hacia la pareja, hacia los médicos, o hasta incluso hacia uno mismo.
- Negociación de dolor: este es un estadio particular que está lleno de “ojalá”. Hay algo anclado al pasado y al futuro, pero no al presente. Ejemplos de esta etapa podrían ser: “Ojalá no me hubiera hecho los estudios”, “ojalá no hubiera estado con esta pareja”, “ojalá mi cuerpo hubiese funcionado distinto”.

- Depresión: Cuando hablamos de esta depresión no hablamos de la depresión clínica. Esta depresión es aquella que hace que no den ganas de levantarse ni de salir. El sentido de la vida está perdido y no se puede tolerar la situación. En esta etapa la persona comienza a conectar consigo misma y a encontrar lugares internos que nunca pensó que iba a encontrar. Es el trabajo más profundo e implica un gran desgaste de libido.
- Aceptación: Una vez que se atraviesa ese engorroso pantano de sí mismo, se llega a esta etapa, la idea o espacio psíquico de aprender a vivir con la situación.

Read, en su trabajo de 1995 (citado en Flores Robaina, et al., 2008, p. 207), propone que existen 5 reacciones principales que se resaltan en las parejas diagnosticadas con infertilidad que coinciden en gran parte con las etapas del duelo antes mencionadas propuestas por Kubler Ross.

Para empezar, propone al estado de shock como la primera reacción que aparece en la pareja. Explica que el diagnóstico es un suceso complejo para procesar y tolerar, por lo que es frecuente que aparezcan sentimientos de desconfianza y reacciones emocionales profundas, a las que las personas le hacen frente mediante mecanismos de defensa empleados por la mente para evitarlas.

Posteriormente plantea la negación, donde la pareja se niega a aceptar el diagnóstico y reconocer que esto les está pasando verdaderamente.

Otro de los sentimientos que aparece con frecuencia es la culpa-culpabilización. Aquí se abre un gran abanico de aristas posibles, en las que, o un miembro de la pareja atribuye como causa de la situación a sus comportamientos anteriores, o siente que está privando a su pareja de brindarle la posibilidad de la paternidad/maternidad, o se culpan mutuamente experimentando sensaciones como rencor e irritación hacia la pareja.

También sugiere a la pérdida de control como otro de los efectos causados por la infertilidad. La pareja pierde las riendas de su vida, corriendo el foco de todas las actividades que antes realizaba, tiñendo todo su mundo bajo la condición del diagnóstico.

Por último, explica que el aislamiento social, es otra de las reacciones comunes como respuesta al diagnóstico y que lo hacen como una forma de preservarse frente a los sentimientos propios como los celos o envidia hacia otras personas de su círculo cercano, que sí tengan la posibilidad de tener hijos.

2.2 Tratamiento psicológico en infertilidad

Al escribir sobre las causas de la infertilidad, planteamos que el factor psicológico no podía ser atribuido como una causa excluyente y determinante. Pero no es menos cierto que el

componente psicológico sí juega un papel fundamental y hasta determinante en el tratamiento de ésta.

Cabe aclarar que, cuando nos referimos al tratamiento psicológico de la infertilidad, no estamos aludiendo a un tratamiento que tiene como objeto revertir la situación sobre la concepción: todavía no encontramos una base considerable de estudios que sustenten que a partir del tratamiento psicológico la pareja se puede volver fértil. Entendemos que a lo que debe apuntar el tratamiento es a ayudar a que el proceso del pre diagnóstico, del diagnóstico y del post diagnóstico sea atravesado de la mejor manera posible y con idea rectora que el o los pacientes puedan salir aún más fortalecidos de dicha situación.

En otras palabras, a pesar de que no sea razonable ni posible proponer un tratamiento psicológico vinculado a revertir el diagnóstico de infertilidad, existen estrategias psicodinámicas y cognitivas que ofrecen una orientación e intervenciones positivas y valiosas para afrontar la situación y poder elaborar el sufrimiento y manejar la experiencia adecuadamente. (Apfel y Keylor, 2002 en Ávila Espada y Moreno-Rosset 2008 p.187).

Moreno-Rosset en su trabajo de 2006, (citado en Flores Robaina, et al., 2008, p. 207) propone que el tratamiento psicológico de la pareja infértil debe empezar simultáneamente con el momento en el que ésta tiene conocimiento de la infertilidad, ya que como expresamos anteriormente, la fase de diagnóstico suele suponer una “crisis vital”.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de comenzar una psicoterapia para infertilidad, es el establecimiento de la alianza terapéutica. Ésta es la mejor predictora de los posibles resultados de la psicoterapia y es condición necesaria para la puesta en marcha de un tratamiento, pero también es el elemento que lo sostiene a través de las inevitables tensiones que conlleva el mismo. La reciprocidad en la alianza terapéutica es el ingrediente esencial de la efectividad terapéutica. Una alianza terapéutica positiva no es curativa por sí misma, sino que es el factor que posibilita la aceptación y seguimiento del tratamiento por parte del paciente. (Fernández Álvarez, 2011).

El concepto de alianza terapéutica es un factor común transversal a toda terapia para tratar el impacto causado tras el diagnóstico de infertilidad. Pero luego, existen también factores específicos que corresponden a distintas corrientes psicológicas, junto con un gran bagaje de estudios diferentes para abordar el tratamiento de diversas maneras.

2.3 Tratamiento enfocado en resiliencia

Retomando los conceptos de factores de riesgo y factores protectores, los pilares, las concepciones y las estrategias para promover la resiliencia expuestas a lo largo de nuestro trabajo, y habiéndonos interiorizado en los efectos correspondientes al diagnóstico de infertilidad, consideramos pertinente establecer una relación concreta entre los unos y los otros.

Las secuelas y consecuencias producto de la infertilidad, como lo son la baja autoestima, la pérdida de fortaleza interior, entre otros, son sin duda aspectos que podrían operar como factores de riesgo que dificultan el desarrollo de la resiliencia y la experimentación de una vida plena. Contraponer a dichos factores de riesgo los pilares de la resiliencia en una psicoterapia para el tratamiento de infertilidad, puede ayudar a afrontar la situación y vencer a todas aquellas perturbaciones emocionales y efectos psicológicos negativos que se generan, sobrepasando los factores de riesgo y la adversidad, estimulando y transformando esos efectos en fuerzas internas amortiguadoras del impacto del diagnóstico.

Al incluir el desarrollo de la resiliencia como herramienta para el tratamiento psicológico de infertilidad, nos proponemos otorgarle al psicólogo el rol de tutor de resiliencia explícito (Puig & Rubio, 2015), quien funciona como agente de cambio y apoyo para que el paciente pueda salir fortalecido frente a la adversidad de la imposibilidad de concebir. El tutor de resiliencia (psicólogo) se centrará mayormente en destacar las fortalezas de la persona y no en la infertilidad vista como enfermedad. Tendrá como objetivo aflorar y potenciar en el paciente cualidades resilientes para mitigar directamente sobre los efectos negativos de la infertilidad.

González Labrador y Miyar Pieiga (2001) proponen que, para poder hacer un correcto abordaje del fenómeno, es necesario tener un enfoque empático hacia las personas y las parejas que sufren de infertilidad. Esto comprende una aceptación de sus costumbres culturales y sociales, una comprensión sobre la concepción que tienen sobre la sexualidad, sobre la función reproductiva y sobre su relación.

Retomando a Karl Rogers, uno de los antecedentes principales dentro de la psicología positiva (citado en Fernández Álvarez, 2011), podemos conceptualizar esta condición empática que González Labrador y Miyar Pieiga proponen como fundamental para abordar la infertilidad.

Rogers explica que hay tres principios de una terapia efectiva:

1. Aceptación positiva incondicional: aceptar a la persona tal cual es y conferirle la sensación de valor como ser humano, creyendo en la posibilidad de su salud y de recuperación.
2. Congruencia: el terapeuta se comporta de una manera similar a como experimenta, o sea es congruente. Sin máscaras, se apoya en lo que siente siendo congruente en su comportamiento. De esta manera ayuda al paciente a que sea congruente y se base en su experiencia tal cual es. Lo que realmente vivencia el terapeuta en la terapia, sirve para ayudar al paciente.
3. Empatía: comprensión de los sentimientos del paciente y sobre todo los no expresados. El terapeuta tiene que lograr ingresar en el mundo subjetivo del paciente hasta que éste pueda sentir que aquel lo entiende y puede conectarse con su experiencia. Este elemento es fundamental para que el paciente pueda aceptar la intervención del terapeuta y a partir de la misma, modificar su conducta. Ello puede ocurrir si se crea un clima en que el

paciente se anime a expresar lo que verdaderamente siente y no se sienta enjuiciado. Rogers lo llama empatía inferencial, ya que ayuda a nombrar o simbolizar sentimientos ocultos; permite traer a la luz sentimientos ocultos.

Además, plantea que existen 6 condiciones claves para toda terapia:

1. Que haya dos personas en contacto psicológico.
2. Que el cliente se halle en estado de incongruencia, vulnerabilidad o angustia.
3. Que el terapeuta sea congruente o integrado en la relación.
4. Que el terapeuta sienta aceptación positiva incondicional hacia el cliente.
5. Que el terapeuta experimente comprensión empática del marco de referencia interno del cliente y trate de comunicarle su experiencia.
6. Que la comprensión empática y la consideración positiva incondicional se logren en un grado mínimo. (Fernández Álvarez, 2011).

Una vez establecidas estas condiciones se puede pensar, desde una mirada de la psicología positiva que incluya la resiliencia, que es posible empezar un tratamiento para la infertilidad y consecuentemente, pensar la manera de llevarlo a cabo.

Un modo de abordar este tratamiento podría estar basado en la experiencia terapéutica de Dolz y García creada en 2002, la cual consiste en una experiencia terapéutica para parejas infértiles de 8 sesiones centradas en psicoeducación, brindando información pertinente, proponiendo técnicas de relajación, autocontrol y entrenamiento en habilidades personales. (Regueiro Ávila y Valero Aguayo, 2011). Fomentar el autocontrol, y buscar potenciar los recursos y habilidades de cada persona, son estrategias características de la psicología positiva y entendemos que promover las mismas ayudarían a los individuos a ser más resilientes y, por lo tanto, a poder salir fortalecidos de la situación.

Dentro del campo de la psicología de la reproducción, siendo ésta la psicología que tiene como objeto de estudio todos los procesos psicológicos que intervienen o derivan de la función reproductiva humana, Jenaro Río, Carmen Moreno-Rosset, Rosario Antequera Jurado y Noelia Flores Robaina en 2008 crean un instrumento de screening para medir el desajuste emocional y los recursos adaptativos en infertilidad, llamado DERA. El DERA (Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos) pretende evaluar y valorar las posibles alteraciones emocionales que se presentan tras el diagnóstico de infertilidad que no reúnen los criterios necesarios para ser incluidas dentro de los trastornos psicopatológicos, pero que ameritan intervención. A su vez, tiene como objetivo evaluar el abanico de condiciones tanto internas y estables (rasgos de la personalidad) como externas y modificables (redes de apoyo) que favorezcan el enfrentamiento exitoso de las adversidades y el mantenimiento o recuperación del nivel de funcionamiento anterior al hecho traumático. (Jenaro Río, et al., 2008). Aplicar el DERA

podría ser de gran utilidad para incluir la resiliencia como herramienta dentro del tratamiento terapéutico para infertilidad: al conocer las fortalezas y habilidades adaptativas de las personas, el terapeuta podrá evaluar cuáles son los recursos resilientes que ya posee la persona y cuáles son los que habría que desarrollar y trabajar para que afloren en terapia.

Cuando Puig y Rubio (2015) proponen las estrategias de la psicoterapia, sugieren que incluir la resiliencia posibilita la ruptura de los estereotipos que etiquetan a la persona en base a su condición de enfermo. Las parejas diagnosticadas con infertilidad, se sienten estigmatizadas y muchas veces dejan que el diagnóstico los determine (Palacios y Jadresic, 2000). Siguiendo con la propuesta de Puig y Rubio, una terapia enfocada en fomentar la resiliencia, ayudaría a impedir que el diagnóstico de infertilidad defina a la pareja y/o a la persona. Así, sin renegar de su situación, es decir asumiendo la misma, los mismos podrían atravesarla sin que ésta los defina.

Sugieren también, que el terapeuta se centre en las habilidades que el paciente posee, para que logre confiar en sí mismo y pueda experimentar emociones positivas corriendo el foco del sufrimiento y la situación adversa que se encuentra atravesando. Esta estrategia que fomenta la iniciativa y la independencia (pilares resilientes), permitirá que el paciente diagnosticado con infertilidad, pueda correrse del lugar del diagnóstico, poniendo su energía en otras actividades y creando proyectos a futuro relacionados o no con la maternidad/paternidad, desde la consideración de otras formas de concebir artificialmente, adoptar o proponerse nuevas metas en la vida.

2.3.1 Pilares de la resiliencia como agentes de mejora para el impacto psicológico de infertilidad

Habíamos destacado 7 pilares principales de la resiliencia: Introspección, iniciativa, independencia, capacidad de interacción, creatividad, ideología y sentido del humor, sumando la autoestima como base de todos éstos. Además, explicamos el modelo de Grotberg (2006) compuesto por verbalizaciones (yo tengo, yo soy, yo estoy, yo puedo).

Por otro lado, propusimos un gran bagaje de efectos psicológicos causados por la infertilidad destacando como más recurrentes la culpa, la depresión y ansiedad, la pérdida de autoestima y control y el aislamiento social (Flores Robaina, et al, 2008; Palacios y Jadresic, 2000). Ahora bien, ¿Cómo esos pilares pueden actuar de forma directa amortiguando los efectos?

Luego de indagar sobre cada pilar, entendemos que uno de los principales elementos que componen la resiliencia es la capacidad de interacción. A su vez, explicamos la frecuencia que tiene el aislamiento social y el sentimiento de retracción y desconexión con el entorno que rodea a la pareja tras ser diagnosticada infértil (Kubler Ross, 2017; Flores Robaina, et al., 2008). Tal como citamos anteriormente, en Mellilo, et al. (2001) se propone que la capacidad de interacción puede verse alterada cuando hay una perturbación en la autoestima del sujeto explicando que

cuando la autoestima es baja, las personas tienden a pensar que no merecen la atención de los otros. Sabemos también que la autoestima es uno de los principales efectos negativos de la infertilidad, y que, a su vez, es la base de los pilares de la resiliencia. De esta manera, si trabajamos con un enfoque positivo que oriente a desarrollar la resiliencia en el sujeto, podríamos mitigar dichos impactos. Además, potenciar el modelo de verbalizaciones propuestas por Grotberg, sobre el “yo soy, yo tengo, yo puedo, yo estoy” durante la terapia, también podría ser favorecedor a la hora de trabajar sobre el retraimiento. Si el terapeuta intenta que la persona se sienta querida y apreciada por los demás, intentando trabajar sobre la autoestima del paciente, probablemente se note menos aislado, y en contraposición, lograría encontrar redes de apoyo y contención.

Asimismo, varios autores coinciden en que la culpa es uno de los sentimientos principales tras el diagnóstico (González Labrador y Miyar Pieiga, 2001; Flores Robaina, et al., 2008). Consideramos que este efecto puede ser mitigado a través del desarrollo del sentido del humor, siendo éste la capacidad de encontrar comedia en la misma adversidad, alejándose del foco de tensión, relativizando y positivizando los problemas (Melillo, et al., 2001, p.88). Siguiendo con el modelo de Grotberg del “Yo soy”, si el terapeuta se propone ayudar a la persona o pareja que consulta para que sienta respeto y confianza de sí mismo, favoreciendo el desarrollo de la resiliencia y en consecuencia, de la autoestima, funcionaría también como un abordaje amortiguador de esta sensación de culpa y culpabilización.

Otra de las consecuencias psicológicas que nombramos precedentemente, fue la pérdida de control. La misma puede ser equilibrada bajo la propuesta de desarrollar en el ámbito de la terapia la creatividad, siendo ésta la capacidad de crear orden y belleza a partir del caos y el desorden. (Melillo, et. al., 2001, p.88). Asimismo, nos referimos al estado de shock y a la negación como otros de los tantos estados psicológicos causados por la infertilidad (Flores Robaina, et al., 2008, p. 207) y consideramos que si se incluye el trabajo de la introspección en psicoterapia, el mismo podría operar como un gran instrumento moderador de estos efectos.

Cabe agregar que otras de las características frecuentes que surgen como consecuencia del diagnóstico de infertilidad, son la envidia hacia la mujer embarazada y la consecuente baja autoestima del paciente. Tras haber investigado sobre las características y pilares que conllevan la promoción de la resiliencia, podemos entender entonces, cómo se relacionan éstos con los síntomas expresados por los pacientes diagnosticados con infertilidad.

De este modo, intentamos ejemplificar y responder a la pregunta que mueve nuestra tesis, sobre la forma en que el desarrollo de resiliencia en psicoterapia puede influir de manera positiva y mitigar los efectos de la infertilidad.

Para concluir, tomamos una cita del trabajo de Ávila Espada y Moreno-Rosset (2008, p193) quien traduce a Burns (2005) y explica que:

... el único ajuste posible ante la infertilidad es aceptarla como inaceptable, internalizando la naturaleza inaceptable de la infertilidad, y que el objetivo de la intervención psicológica es capacitar a los sujetos para poder vivir bien aceptando lo inaceptable de la experiencia de infertilidad, y dándole un sentido personal a la experiencia vivida, dentro de sus creencias, posiblemente una oportunidad de conocerse mejor a sí mismos y como pareja acerca de cómo enfrentar limitaciones y afrontar una situación traumática, es decir, conocer sus recursos, su resiliencia y sus límites como personas y como pareja.

Conclusión

En el presente trabajo nos propusimos realizar una revisión bibliográfica sobre las temáticas referidas a la infertilidad, a la resiliencia y a su modo de vinculación a partir de una mirada de la psicología positiva.

Mediante la compilación, revisión, estudio, confrontación y articulación de las temáticas expresadas, intentamos examinar la posibilidad de desarrollar la resiliencia dentro de un ámbito de psicoterapia para enriquecer el tratamiento de pacientes diagnosticados con infertilidad, encuadrándolo dentro del marco de la nueva y reciente psicología positiva.

Observamos que cada vez son más los autores que corren el foco de la enfermedad o del paradigma centrado en el problema implicado en la infertilidad, y, en contraposición, ponen énfasis en la salud, tal como lo invita a hacer la psicología positiva propuesta por Martin Seligman en 1998 y el enfoque de resiliencia propuesto por Munist y Santos en el mismo año.

De esta manera, luego de haber realizado un recorrido por las distintas concepciones de la resiliencia, tomando como referencia autores como Puig y Rubio en sus trabajos de 2011 y 2015, Melillo, Estamatti y Cuestas en su trabajo de 2001 y Henderson Grotberg en su trabajo de 2006, podemos entender a la misma como un “paradigma” que sirve para encuadrar una terapia en la cual, lejos de ser considerada una cualidad excepcional (para pocos y con suerte) es considerada una herramienta dinámica que puede aflorar y construirse en todos los individuos, aún en los que hayan atravesado las situaciones más adversas.

A su vez, caracterizamos los diferentes pilares de la resiliencia a través de los escritos de Wolin y Wolin en 1993 donde traza el “Mandala de la resiliencia”, y profundizamos en ellos mediante la visión de Suarez Ojeda en 1997, citado en el trabajo de Melillo, et al. en 2001, quien los amplía y nos permite adentrarnos en ellos y comprender sus significados.

A modo de continuar desarrollando los pilares y las concepciones sobre la resiliencia, ahondamos en el modelo propuesto por Grotberg sobre las verbalizaciones del “Yo Soy, Yo Puedo, Yo Tengo, Yo Estoy” considerándolo como un lenguaje que se puede promover y el cual demuestra la posesión de condiciones resilientes.

Logramos comprender también, que existen factores protectores que la promueven, como factores de riesgo que la obstaculizan, pero que ninguno de éstos es determinante a la hora de desarrollar (o no) la resiliencia.

Además, dimos cuenta de un gran abanico de efectos psicológicos causados por el impacto del diagnóstico de infertilidad, tanto a nivel personal como social y conyugal. Para indagar sobre los mismos destacamos los trabajos de González Labrador y Miyar Pieiga en 2001 y de Palacios y Jadresic en el 2000. Caracterizamos las diferentes etapas del duelo expresadas por Elizabeth Kubler Ross, que sirvieron como marco para entender las distintas reacciones y secuelas de

cualquier pérdida, en este caso, la de la posibilidad de la parentalidad. Asimismo, citamos en varias oportunidades a una de las pioneras en las temáticas referidas a psicología de la reproducción, Carmen Moreno-Rosset, en sus diferentes trabajos con sus respectivos colaboradores, para abordar el estudio del impacto psicológico provocado por el diagnóstico de infertilidad y su debido tratamiento. Sus obras, nos permitieron vislumbrar (aunque no de manera explícita) cómo la resiliencia puede ser incluida dentro de los tratamientos psicológicos para alivianar los efectos causados por el diagnóstico de infertilidad.

A pesar de la falta de bibliografía encontrada sobre la relación concreta entre las variables de infertilidad y resiliencia, la mayoría de las investigaciones propuestas en el trabajo concluyen afirmando que, pese a que las secuelas del diagnóstico de infertilidad pueden ser múltiples, impactantes y relevantes en la vida de los sujetos, con un debido tratamiento psicoterapéutico, éstas pueden ser amortiguadas e incluso transformadas en factores protectores que promueven el fortalecimiento de recursos y herramientas para salir fortalecido de las situaciones difíciles. En otras palabras, sin pretender desentendernos de los obstáculos que se interpondrán en el arduo y difícil camino del tratamiento de la infertilidad, la orientación del mismo desde el horizonte de la resiliencia puede augurar resultados certeros.

Tomando a Puig y Rubio en su trabajo de 2015, siendo éstos los autores principales de nuestra tesina, tuvimos la posibilidad de esclarecer como los tutores de resiliencia favorecen la capacidad de “metamorfosear” el dolor y afrontar la adversidad, más allá de la complejidad que la misma suponga.

A su vez, intentando responder a la pregunta sobre cómo favorecer la resiliencia en el ámbito de la psicoterapia positiva, investigamos sobre los orígenes y las bases de cada uno de dichos conceptos. Así indagamos sobre los trabajos del pionero de la psicología positiva, Martin Seligman, profundizando en el modelo “PERMA”, y su misión principal - el bienestar - , y citando a autores como Hirsch en 2017, Inbar en 2011 y Polo en 2009, quienes brindan una relación sólida entre la psicología positiva y la resiliencia, encontramos que esta corriente y aquel concepto, se encuentran íntimamente ligados y conectados en todos sus aspectos; desde los pilares de cada uno, hasta la teoría que conllevan e incluso hasta la terminología utilizada para definirlos.

Ahondar sobre la posibilidad de incluir el desarrollo de la resiliencia en el tratamiento psicoterapéutico para afrontar los padecimientos que genera la infertilidad nos invita a pensar nuevos métodos para el abordaje de la misma. Aspiramos a cambiar esa perspectiva existente sobre la infertilidad como enfermedad crónica que etiqueta a la persona durante todo su devenir, para comenzar a pensarla como una situación más de todas las experiencias que se atraviesan en la vida y que, no sólo no define a los sujetos, sino que posibilita su crecimiento y fortalecimiento.

Referencias Bibliográficas

- Alvarez, E (2019, junio). Más allá del placer. Disponible en la WEB:
<https://masalladelplacer.com/fertilidad-historia/> (Fecha de acceso: 25 de septiembre de 2019)
- Alves Farias, J (2016). El modelo Burnout - engagemnet en enfermos: el factor protector de la resiliencia. Salamanca: Colección Vitor.
- Ávila Espada, A., & Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. Papeles del psicólogo, 29 (2), 186-196.
- Azar de Sporn, S. (2010). Terapia sistémica de la resiliencia. (1a ed) Buenos Aires: Paidós.
- Becoña, E (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. [Versión electrónica]. Revista de psicopatología y psicología clínica 11 (3) 125-146.
- Bianchi-Salguero, J. & Muñoz-Martínez, A. (2014) Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica *Psychologia*. [versión electrónica]. Avances de la disciplina, 8 (2), 83-93.
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C & Kopelman, S (2003). Definición y causas de la infertilidad. [versión electrónica] Revista Colombiana de obstetricia y ginecología 54 (4).
- Cadena, K. (2019) Modelo P.E.R.M.A para incrementar la satisfacción con la vida y aumentar el florecimiento en adultos mayores que asisten al programa 60 y piquito. Tesina de grado. Universidad San Francisco. Quito.
- Carbelo Baquero, B., Vecina Jiménez, ML. & Vera Poseck, B (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. [versión electrónica] Papeles del Psicólogo, 27, (1). 40-49
- Castro, M. E., & Llanes, J. (2006). Tutoría en resiliencia. [versión electrónica]. Liberaddictus, 94, 101-104.
- Castro, A. (2010). Fundamentos de Psicología Positiva. Paidós: Buenos Aires

- Castro, S. (2020) Modelo PERMA disponible en la WEB. <https://www.iepp.es/modelo-perma/>
(fecha de acceso: 15 de febrero de 2020)
- Dominguez Bolaño, R.E. & Ibarra Cruz, E. (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. [versión electrónica]. Razón y Palabra, 21, (96), 660-679.
- Fernández Álvarez, H. (2011) El campo de la psicoterapia. En H. Fernández-Álvarez. (Ed) Paisajes de la psicoterapia. Buenos Aires: Polemos
- Fernández Álvarez, H. (2019, septiembre). Intervenciones positivas en psicoterapia I. Congreso Internacional de Psicología Positiva. Buenos Aires.
- Fernández Ríos, L. & Vilariño Vázquez, M. (2018). Historia, investigación y discurso de la Psicología Positiva: Un abordaje crítico [versión electrónica]. Terapia Psicológica 36 (2) 123–133.
- Flores Robaina, N., Jenaro Río, C. & Moreno - Rosset, C. (2008). Terapia de pareja en infertilidad. [versión electrónica]. Papeles del Psicólogo, 29(2), 205-212.
- Frankl, V. (1991). El hombre en busca del sentido. Buenos Aires: Herder.
- Freud, S. (1998) El creador literario y el fantaseo. Obras Completas Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1908).
- Gancedo, M. (2008). Historia de la psicología positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M.M. Casullo (Ed.), Prácticas en psicología positiva. Buenos Aires: Lugar.
- García del Castillo, J., García del Castillo - López, A., López Sánchez, C & Dias, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. [versión electrónica]. Health and Adicction, 16 (1), 59-68.
- González Labrador, I. & Miyar Pieiga, E. (2001). Infertilidad y sexualidad. [versión electrónica]. Revista Cubana de Medicina General Integral, 17(3), 291-295.
- Griffa, M. (2013). Reflexiones acerca de la capacidad del Yo y la Resiliencia. [versión electrónica]. Psicología y Psicopedagogía, 5(14), 4-7.

- Henderson Grotberg, E. (2002). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo & E. N. Suarez Ojeda (Comp.). Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós.
- Henderson Grotberg, E. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades. Barcelona: Gedisa.
- Hirsch, P. (2017). Inteligencia para el bienestar. Buenos Aires: Sudamericana
- Infertilidad. (abril, 2020). Medlineplus. Recuperado de:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001191.htm>
- Infertility is a global public health issue. Disponible en la WEB:
<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/>. (Fecha de acceso: 28 de septiembre de 2019).
- Jadur, S., & Duhalde, C. (2005). Aspectos emocionales y la relación médico-paciente en la consulta por infertilidad. [Versión electrónica]. Revista de medicina reproductiva, 20(2), 35-39.
- Jadur, S., & Wainstein, V. (2015). ¡Auxilio, el bebé no llega! Guía básica y científica para entender los problemas (y los tratamientos) a la hora de buscar un embarazo. Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Jenaro Río, C., Moreno-Rosset, C., Jurado, R. A., & Flores Robaina, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: El "DERA" una prueba creada en España. [Versión electrónica]. Papeles del psicólogo, 29(2), 176-185.
- Kelmanowicz, V. (2019, septiembre). Intervenciones positivas en psicoterapia I. Congreso Internacional de Psicología Positiva. Buenos Aires.
- Kubler-Ross, E. (2017). Sobre el duelo y el dolor. (1a ed) Buenos Aires: Orino.
- "Las claves de los especialistas para avanzar hacia la resiliencia en tiempos de gran incertidumbre" (2020, Abril, 26). Infobae. Recuperado de:
<https://www.infobae.com/coronavirus/2020/04/26/las-claves-de-los-especialistas-para-avanzar-hacia-la-resiliencia-en-tiempos-de-gran-incertidumbre/>

- Llavona Uribelarrea, LM. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. [versión electrónica] Papeles del Psicólogo 29 (2), 158-166
- Losada, AV & Latour, MI. (2012). Resiliencia. Conceptualización e investigaciones en argentina. [versión electrónica]. Psiciencia revista latinoamericana de ciencia psicológica psiciencia latín, 4 (2), 84-97
- Los 7 pilares de la resiliencia. Disponible en la WEB: <https://institutosalamanca.com/blog/7-pilares-resiliencia/> (Fecha de acceso: 15 de enero de 2020)
- Masoli, D. (2010). Diagnóstico de la infertilidad: Estudio de la pareja infértil. [Versión electrónica]. Revista médica clínica los condes. 21, 363-367.
- Masten A. S., Best K. M. & Garmezy, N. (1990). La resiliencia: en la literatura científica. En M. Manciaux (Comp.) La resiliencia: resistir y rehacerse. Buenos Aires: Gedisa.
- Mateu Pérez, R., García-Renedo, M., Gil Beltrán, J. M. G., & Caballer Miedes, A. (2010). ¿Qué es la resiliencia? Hacia un modelo integrador. [versión electrónica]. Fòrum de Recerca, 15, 231-248.
- Melillo, A., Estamatti, M., & Cuestas, A. (2001). Algunos conceptos psicológicos del concepto de resiliencia. Melillo, A. & Suárez, E.(Comp) Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós.
- Morali, S (2010, febrero). Resiliencia. Introducción al tema y pilares que contribuyen a su desarrollo. Disponible en la WEB: <http://portalpsicologico.blogspot.com/2010/02/resiliencia-introduccion-al-tema-y.html> (fecha de acceso: 4 de octubre de 2019)
- Moreno- Rosset, C. (2004) La psicología de la reproducción: Una sub-disciplina de la psicología de la salud. [Versión electrónica] ASEBIR 9(2), 6-8.
- Palacios, E & Jadresic, E (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. [Versión electrónica]. Revista chilena neuro-psiquiatría 38 (2) 94- 103
- Polo, C (2009). Resiliencia: Factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años. Tesis de licenciatura en minoridad y familia. Universidad de Aconcagua. Mendoza.

Valentina Efron
Matricula: 21127 – Turno: Mañana

Puig, G. & Rubio, J.L. (2011). Manual de resiliencia aplicada. Barcelona: Gedisa.

Puig, G. & Rubio, J.L. (2015). Tutores de resiliencia. Dame un punto de apoyo y moveré mi mundo.
Barcelona: Gedisa.

Regueiro Ávila, A. M., & Valero Aguayo, L. (2011). Intervención psicológica en un caso de
infertilidad femenina. [versión electrónica]. Escritos de Psicología 4(3), 27-35.

Sánchez Teruel, D., Robles Bello, L y Auxiliadora, M (2014). Factores protectores que promueven
la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. [versión electrónica]. Papeles del
Psicólogo, 35 (3), 181-192.