Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología

Trabajo de Investigación Final

Relación entre estrés, apoyo social y autoeficacia en mujeres que realizan tratamientos de reproducción asistida en Argentina.

Docentes:

Lic. ASSALONE, Florencia

Dr. PIETTO, Marcos Luis

Alumna:

RINALDI, Macarena – LU: 1133817

28 de noviembre de 2024

Resumen

Cada vez más personas reciben el diagnóstico de infertilidad, un fenómeno que va en aumento a nivel mundial. A partir de esta revelación, los afectados suelen recurrir a las técnicas de reproducción asistida humana, emprendiendo un camino en el que la incertidumbre es el denominador común, y que puede prolongarse por años. Este proceso no está exento de estrés, por ello es importante analizar su impacto en la subjetividad, y así mismo comprender el papel que desempeñan el apoyo social y las creencias de autoeficacia a la hora de enfrentar los tratamientos.

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el estrés, el apoyo social y la autoeficacia en mujeres de entre 25 y 50 años que realizan tratamientos de reproducción asistida en Argentina. Para llevarla a cabo se emplearon la Escala de Estrés Percibido (PPS-14), el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) y la Escala de Autoeficacia General (EAG). Se hallaron puntajes por encima del valor de referencia en las tres variables, indicando que el nivel de estrés en esta población es alto más allá de que también exista un elevado grado de apoyo social y de autoeficacia. Además, se observó que no existen diferencias en el puntaje de estrés según el tipo de tratamiento empleado, ya sea de baja o alta complejidad.

Se concluye entonces que el estrés es un componente inevitable dentro de la experiencia de la reproducción asistida. La importancia de esta investigación radica en su implicancia práctica, puesto que los datos revelan la necesidad de un cambio en el abordaje del problema, principalmente desde el área médica. Además, se vislumbra la relevancia del apoyo psicológico mientras se transita el camino hacia el encuentro con el hijo deseado.

Palabras clave: Infertilidad, Reproducción Asistida, Estrés, Apoyo Social, Autoeficacia.

Abstract

More and more people are being diagnosed with infertility, a phenomenon that is increasing worldwide. Following this revelation, those affected often turn to assisted reproductive techniques, embarking on a journey where uncertainty is the common denominator, and which can extend over the course of years. This process is not without stress, making it important to analyze its impact on individuals' subjective experiences, as well as to understand the role that social support and self-efficacy beliefs play in coping with treatments.

The aim of this research was to analyze the relationship between stress, social support, and self-efficacy in women aged 25 to 50 who are undergoing assisted reproductive treatments

in Argentina. The Perceived Stress Scale (PSS-14), the Perceived Social Support Questionnaire (MOS), and the General Self-Efficacy Scale (GSES) were used in the study. Scores above the reference value were found in all three variables, indicating that stress levels in this population are high, despite the presence of a significant degree of social support and self-efficacy. Additionally, no differences in stress levels were observed based on the type of treatment used, whether low- or high-complexity.

It is concluded that stress is an inevitable component of the assisted reproduction experience. The importance of this research lies in its practical implications, as the data reveals the need for a shift in the approach to the issue, particularly from the medical field. Furthermore, the relevance of psychological support during the journey toward meeting the desired child becomes apparent.

Keywords: Infertility, Assisted Reproduction, Stress, Social Support, Self-Efficacy.

Índice

1. Introducción 6

2. Objetivos 7

2.1 Objetivo general 7

2.2 Objetivos específicos 7

3. Hipótesis 7

4. Marco Teórico 8

4.1 Técnicas de Reproducción Asistida 8

4.2 Estrés 9

4.3 Apoyo Social 11

4.4 Autoeficacia 14

5. Estado del Arte 16

5.1. Estrés, Apoyo Social y Autoeficacia 16

5.2. Diferencias en el estrés según grupos de Baja y Alta Complejidad 17

6. Metodología 18

6.1. Diseño 18

6.2. Participantes 18

6.3. Instrumentos 19

6.3.1. Cuestionario de variables Sociodemográficas 19

6.3.2. Percived Stress Scale (PSS-14) / Escala de Estrés Percibido (Cohen et. al., 1983), versión traducida al español del instrumento original (Remor, 2006). 19

6.3.3. MOS Social Support Scale (Sherbourn y Stewart, 1991) / Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido, validación argentina (Rodríguez Espínola y Enrique, 2007). 20

6.3.4. General Self-Efficacy Scale / Escala de Autoeficacia General (EAG) (Jerusalem y Schwarzer (1992), Adaptación Argentina (Brenlla et. al., 2010). 20

6.4. Procedimiento 21

6.4.1. Procedimiento de Recolección de Datos *21*

6.4.2. Procedimiento de Análisis de Datos *21*

7. Resultados 21

7.1 Estadísticos descriptivos de las variables de interés 21

7.2 Diferencias de grupo según tipo de tratamiento 23

7.3 Correlaciones entre las variables de interés 23

7.4 Predictores de estrés 24

8. Discusión 25

8.1 Limitaciones 28

8.2 Líneas futuras 28

8.3 Conclusión 29

9. Referencias Bibliográficas 31

10. Anexos 38

A) Cuestionario Sociodemográfico 38

B) Percived Stress Scale (PSS-14) / Escala de Estrés Percibido (Cohen et. al., 1983), versión traducida al español del instrumento original (Remor, 2006). 38

C) MOS Social Support Scale (Sherbourn y Stewart, 1991) / Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido, validación argentina (Rodríguez Espínola y Enrique, 2007). 39

D) General Self-Efficacy Scale / Escala de Autoeficacia General (EAG) (Jerusalem y Schwarzer (1992), Adaptación Argentina (Brenlla et. al., 2010). 40

E) Consentimiento Informado 40

1. Introducción

La infertilidad se define como una enfermedad del sistema reproductivo que se expresa en la incapacidad para lograr el embarazo luego de un periodo de 12 meses de mantener relaciones sexuales regularmente sin protección (OMS, 1993). Según un reciente informe, afecta aproximadamente al 17,5% de la población, es decir, a 1 de cada 6 parejas en edad reproductiva alrededor de todo el mundo. En dicho informe se destaca la necesidad urgente de mejorar el acceso a servicios de atención asequibles y de alta calidad para aquellos que lo necesitan (OMS, 2023).

Profundizando un poco más, la infertilidad implica una dificultad para concebir un hijo, pero no compromete la integridad física del individuo ni su vida (Burgo Olmedo et. al., 2003), sin embargo, hay un extendido consenso sobre sus consecuencias psicológicas, porque recibir el diagnóstico suele provocar una crisis vital en las personas, afectando profundamente sus vidas (Moreno et. al., 2009). Se ha investigado que esta condición puede impactar negativamente en el desarrollo del individuo, generando sentimientos de frustración y debilitando su carácter (Burgo Olmedo et. al., 2003). Además, conlleva una alteración, aunque sea temporal, de los planes de vida previamente establecidos, y de alguna manera desafía los proyectos personales y familiares (Llavona Uribelarrea, 2008).

Existe la creencia profundamente arraigada de que la procreación es una cuestión puramente voluntaria, y que se podrá formar una familia sin mayores complicaciones cuando se lo decida, por ende, toparse con la infertilidad es un evento inesperado en la vida. Es un dolor que se vive silenciosamente, y que establece una enorme brecha entre lo que desea la persona y la respuesta de su cuerpo físico (Ariza, 2014).

A partir del diagnóstico, muchas personas recurren a las Técnicas de Reproducción Asistida (en adelante, TRA) entendidas como un conjunto de procedimientos médicos que tienen como finalidad la procreación, brindando una alternativa cuando ésta no se puede alcanzar de manera natural (Ruiz Burgos y Flores Medina, 2018).

Un factor importante que se ha relacionado con la infertilidad y las TRA es el estrés, este fenómeno conlleva un estado de tensión y desencadena una variedad de reacciones emocionales que, en casos extremos, llegan a ocasionar trastornos del estado de ánimo (Moreno Rosset et. al., 2009). La búsqueda de un hijo que no llega es un camino estresante, psíquicamente desafiante, que puede prolongarse por años, en donde a menudo la ayuda o información disponible resulta insuficiente (Cabrera et. al., 2021). Las distintas etapas del

tratamiento predisponen a los pacientes a una sensación de pérdida de control en un área tan íntima y sensible como la capacidad reproductiva, esto no hace más que aumentar el estrés y disminuir la autoeficacia para resolver el problema. Por su parte, un alto nivel de creencias de autoeficacia resulta un recurso clave para afrontar los tratamientos y mantener el bienestar emocional (Moreno y Guerra Díaz, 2007). Un último elemento que juega un rol fundamental para transitar las TRA es el apoyo social, debido a que funciona como amortiguador frente al estrés que sufren las pacientes, principalmente porque ayuda a reinterpretar los resultados o acontecimientos que tienen lugar en el proceso de reproducción asistida (Moreno Rosset et. al., 2009).

Por todo lo anteriormente expuesto, la pregunta que moviliza a esta investigación es: ¿Qué relación existe entre el estrés, el apoyo social y la autoeficacia en las mujeres que realizan TRA en Argentina?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar la relación que existe entre el estrés, el apoyo social y la autoeficacia en las mujeres que realizan TRA en Argentina.

2.2 Objetivos específicos

1) Describir los niveles de estrés, de apoyo social y de autoeficacia de las mujeres que realizan TRA en Argentina.

2) Comparar los niveles de estrés entre los grupos de mujeres que realizan TRA de Baja Complejidad y de Alta Complejidad.

3) Determinar si existe relación entre el estrés, el apoyo social y la autoeficacia de las mujeres que realizan TRA en Argentina.

4) Analizar si bajos niveles de apoyo social y autoeficacia son predictores de altos niveles de estrés.

3. Hipótesis

1) El grupo que realiza TRA de Alta Complejidad presenta mayor nivel de estrés que el grupo de Baja Complejidad.

2) Existe una relación estadísticamente significativa y de sentido inverso entre el estrés y las variables apoyo social y autoeficacia; es decir, a mayor nivel de estrés, menor nivel de apoyo social y de autoeficacia. Y existe una correlación positiva entre apoyo social y autoeficacia, es decir, a mayor nivel de apoyo social, mayor autoeficacia.

3) Las variables apoyo social y autoeficacia tienen poder predictivo frente al estrés.

4. Marco Teórico

4.1 Técnicas de Reproducción Asistida

Las TRA abarcan toda aquella intervención o procedimiento que implica manipular las células sexuales, éstos son los ovocitos y/o espermatozoides (o bien, gametos femeninos y masculinos), para el logro de un embarazo. Existe un amplio abanico de posibilidades, entre las que se pueden mencionar: inseminación artificial, fecundación in vitro, transferencia de embriones, criopreservación de ovocitos, espermatozoides y embriones, así como la donación de los mismos, la subrogación de vientre, entre otras (Viera Molina y Guerra Martín, 2018). A los fines de esta investigación nos centraremos en la inseminación artificial (IA) y en la fecundación in vitro (FIV).

Las técnicas de baja complejidad abarcan todos aquellos métodos en los que, si bien los gametos (ovocitos y espermatozoides) pueden ser manipulados o estimulados, la fecundación se produce dentro del aparato reproductor femenino. El momento crucial en el que se unen el espermatozoide y el óvulo tiene lugar sin intervención de la tecnología. Dentro de este grupo la más conocida es la inseminación artificial (IA), que consiste en introducir los espermatozoides en la vagina de la mujer mediante un catéter. Luego, los espermatozoides llegarán al encuentro con el óvulo y se producirá la fertilización de manera idéntica a lo que sucede en un proceso natural (Santamaría Solís, 2000). Son técnicas ambulatorias, de bajo costo económico, requieren pocos materiales tecnológicos y no someten al cuerpo de la mujer a grandes exigencias (Escudero Velando et. al., 2021).

En las técnicas de alta complejidad, la medicina actúa directamente sobre los gametos, con la finalidad de producir la fertilización y posteriormente, se deposita el embrión en el útero de la mujer. Lo que caracteriza a este conjunto de técnicas es que la unión del espermatozoide y el óvulo se lleva a cabo en el laboratorio. En este grupo se destacan la fecundación in vitro (FIV) y la inyección intracitoplasmática (ICSI). Su implementación requiere de un equipo de profesionales capacitados clínica y quirúrgicamente, especialistas en técnicas de laboratorio y

personal complementario como psicólogos y equipo de enfermeros (Hernández Velázquez y Fernández Sarmiento, 2022).

En la actualidad, cada vez más parejas (e individuos sin pareja) consultan por estas técnicas, y se afirma que la variable más influyente en este fenómeno es la postergación de la maternidad. La edad de la mujer es el mayor condicionante, aunque no el único, de los resultados de las TRA. Los profesionales que se dedican a la medicina reproductiva tienen el deber de abordar a sus pacientes con responsabilidad y cuidado, recorriendo sus antecedentes e historia, e indicando los exámenes necesarios a fin de arribar al diagnóstico y a sus posibles causas. También deben explicarles con claridad y decidir en conjunto cuál es la técnica más conveniente para ellos según las características de su caso puntual (Fernández Borbón et. al., 2015).

4.2 Estrés

El estrés es un fenómeno que reviste gran complejidad, por ello existen tres orientaciones a la hora de estudiarlo: por una parte, la línea fisiológica que considera al estrés como una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier elemento que amenace con romper la homeostasis; por otro lado, el enfoque bio-psico-social que se centra en los estímulos o sucesos vitales (estresores) que pueden perturbar el funcionamiento del organismo; y por último, la perspectiva interactiva que postula que el estrés se origina en las particulares relaciones entre el individuo y la situación dada (Sierra et. al., 2003).

El constructo se refiere a un proceso de adaptación, es la reacción frente una situación percibida como amenazante, y que excede los recursos biológicos, psicológicos y conductuales con los que cuenta la persona para dar respuesta. Tiene consecuencias negativas sobre la salud y pone en juego mecanismos de regulación (Reyna et. al., 2019).

Existen grandes diferencias individuales en la adaptación al estrés, debido a la importancia del componente subjetivo en este proceso. Las discrepancias de una persona a la otra dan cuenta de que el fenómeno surge principalmente a partir del interjuego entre el individuo, la situación y su entorno social; y no sólo por las características intrínsecas de los factores estresantes. El significado o interpretación de una crisis no radica exclusivamente en la situación en sí, sino en la particular transacción entre la situación y la aptitud de la persona para enfrentarla. Cada individuo aprende a lidiar a su manera con los desafíos, no todos poseen el mismo control sobre sus reacciones emocionales, ni se sienten igual de motivados, ni empeñan la misma dedicación para sobreponerse (Sandín, 2003).

Algunos ejemplos de situaciones estresantes pueden ser: infertilidad, paternidad, mudanza, clima de trabajo, pérdidas, matrimonio, divorcio, enfermar, emigrar, vivir desastres naturales, ser víctima de delitos, entre muchas otras, pero se debe tener en cuenta que no todos los sujetos reaccionan de la misma manera ante los mismos eventos (Belloch et. al., 2008).

Actualmente, el estrés es un vocablo muy popular y de uso común, generalmente es calificado como un elemento causante de malestar y enfermedades, pero, no obstante, se debe tener en consideración que es una parte natural de la vida humana, y por lo tanto no se puede evitar por completo. Una cierta cantidad de estrés o activación es necesaria y saludable (Barrio et. al., 2006).

Cuando el estrés es breve, no genera inconvenientes, porque luego el cuerpo tiene su tiempo de reponerse y descansar. Es aquello que se genera frente a situaciones cotidianas (por ejemplo, practicar o ver un deporte, vivir un día de caos en el tránsito, vivencias vinculadas a una relación sentimental, etc.), las sensaciones experimentadas en esos casos están en la línea de lo que se denomina estrés positivo o eutrés. En cambio, si el estrés se vuelve prolongado, tanto que el sujeto no puede controlarlo, y tampoco tiene la posibilidad de descansar, los efectos del mismo pueden provocar desequilibrios en el organismo e incluso dañarlo. Esto último es lo que se conoce como estrés negativo o distress. El distress es tomado como sinónimo de estrés y es lo que popularmente nos representamos al hablar de él (Bareiro Aguilar, 2017).

Un componente clave de este fenómeno es de carácter cognitivo, se trata de la evaluación que el sujeto hace de la situación. El estrés surge cuando existe una marcada distancia entre las habilidades de la persona y las demandas del entorno (Cruz Pérez, 2018). La persona realiza una valoración del estímulo y siente que no cuenta con herramientas para afrontarlo, por ello interpreta que su bienestar está en peligro o se ve amenazado (Belloch et. al., 2008). Como resultado de esta evaluación la persona podrá sentir confianza, control, miedo, desborde o un desafío frente al evento, y lo abordará elaborando alguna estrategia (Zavala, 2008).

Ampliando un poco más acerca de la evaluación cognitiva, la misma se trata de un juicio sobre el daño que es capaz de producir un acontecimiento o hecho. Y consta de dos momentos: evaluación primaria y evaluación secundaria. En la primaria, el sujeto evalúa si se encuentra en peligro o no, y qué es lo que está en juego (su vida, su integridad, su identidad, sus proyectos, etc.). La secundaria corresponde a determinar qué puede hacer al respecto, y reconocer qué herramientas tiene a su alcance. Las evaluaciones cognitivas dependen de múltiples factores, tales como la genética, personalidad de base y experiencias a lo largo de la vida (Mazzoni, 2022).

La infertilidad tiene varias etapas y puede pensarse como un proceso. Es generadora de estrés, ya desde el momento en que la pareja advierte que está demorando en llegar la noticia del embarazo. El estrés aflora con la sospecha de que hay dificultades y después aumenta con la confirmación del diagnóstico. El atravesamiento de esta realidad es una etapa difícil de afrontar para los pacientes, quienes continúan la búsqueda sometiéndose a una batería de estudios invasivos y algunos de ellos dolorosos, deben tomar decisiones acerca de cómo seguir adelante, y convivir con la incertidumbre en cuanto al pronóstico de su caso singular. Son elevados los niveles de estrés cuando, mes a mes, no se logra el embarazo (Veiga et. al., 2013)

La manera en que se disponen psicológicamente los pacientes tiene incidencia sobre su fertilidad, y por supuesto en los resultados de los procesos de fertilización. Un factor como el estrés puede influir de manera negativa en el resultado de las TRA, además de que aumenta la tasa de abandono de los mismos. Por eso, cada vez tiene más fuerza la psicología en el marco de la reproducción asistida, adquiriendo una importante función, es decir, los recursos psicológicos son tan fundamentales como los procedimientos médico-biológicos (Campagne, 2008).

En la misma línea se plantea que el abordaje de la infertilidad necesariamente debe ser interdisciplinario, por un lado, desde la medicina que se ocupa de los aspectos específicamente biomédicos, pero también desde la psicología, que abarca los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales. Las TRA son procesos que demandan mucho tiempo y representan una gran fuente de estrés para las parejas que las enfrentan (Mata Barahona et. al., 2007).

4.3 Apoyo Social

Fue el psiquiatra británico John Bowlby quien, en su teoría del apego, expuso las primeras ideas acerca del apoyo (en términos de cariño y atención) por parte de los otros significativos hacia el niño, y de su efecto beneficioso tanto en la infancia como en el resto de la vida (Aranda y Pando, 2013).

En los años ‘70, hubo una gran producción de investigaciones sobre el tema y los autores pioneros fueron John Cassel, Sydney Cobb y Gerald Caplan. Son los primeros en describir el apoyo social en términos de interacción e intercambio entre los individuos. Se trata de los vínculos o conexiones entre personas que ayudan a mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones difíciles, problemáticas o desafíantes; y también lleva al sujeto a sentirse amado, valorado y parte de una red de compromiso mutuo (Gracia Fuster, 2011).

Es un concepto que ha sido definido de muchas maneras, una de las más ampliamente aceptadas reza que el apoyo social es la ayuda de tipo emocional o práctica, tanto percibida como recibida efectivamente, proporcionada por la comunidad, las redes sociales y las relaciones más íntimas y de confianza. Esta ayuda puede darse en situaciones de la vida cotidiana o en momentos de crisis (Aspiazu et. al., 2015).

Existe una importante distinción entre apoyo social recibido y percibido. El primero (de carácter objetivo) abarca a las transacciones reales entre personas y el segundo (de carácter subjetivo), refiere a la percepción de ayuda o a lo que uno cree tener disponible en caso de necesitarlo (Rodríguez Espínola y Enrique, 2007). El apoyo social percibido se ha estudiado desde diversos enfoques, pero uno de los más reconocidos es el que lo descompone en dos dimensiones: estructural y funcional (Martín Carbonell et. al., 2019). La dimensión estructural es el tamaño de la red social, es decir, cuántas personas están disponibles para brindar apoyo; y la dimensión funcional es la que se interesa por cómo el acceso y mantenimiento de las relaciones sociales afectan los resultados obtenidos por las personas (Rodríguez Espínola y Enrique, 2007). Dentro de la dimensión funcional se establecen los siguientes tipos de apoyo: emocional, instrumental o informacional. El apoyo emocional permite que la persona se sienta amada, valorada, capaz de confiar y de tener intimidad con alguien; el apoyo instrumental remite a recibir ayuda práctica, tangible y material; y el apoyo informacional implica recibir consejo, orientación o guía al momento de resolver problemas (Azpiazu et. al., 2015).

A lo largo del tiempo el constructo ha adquirido relevancia en los procesos de salud – enfermedad, y se advierte que no es lo mismo tener apoyo social que no tenerlo, esto afecta diferencialmente la salud de las personas (Castro et. al., 1997). Han surgido teorías que explican el impacto positivo del apoyo social en la salud y el bienestar, y dos de ellas son las principales: la teoría del efecto directo y la teoría del amortiguador o buffer (Rodríguez Espínola y Enrique, 2007). Por un lado, el modelo del efecto directo plantea que el apoyo social beneficia al individuo sin importar si está sufriendo estrés. Se cree que tal apoyo mejora el bienestar emocional y físico de las personas y reduce la posibilidad de experimentar efectos negativos (Castro et. al. 1997). Por otra parte, el modelo del amortiguador o buffer sugiere que el apoyo social actúa como un escudo protector ante la respuesta fisiológica del cuerpo en situaciones estresantes, como un factor mediador en la relación entre estrés y enfermedad y posibilita que las personas valoren al estímulo estresor como menos amenazante y puedan afrontarlo mejor (Barra Almagiá, 2004).

Se ha desarrollado también un modelo interesante a partir del concepto de amortiguación o buffer, que integra otros aspectos tales como la historia del sujeto, las

características de su temperamento y los estilos de afrontamiento. De esta manera, se le otorga un papel activo al individuo y en este sentido, el hecho de que una persona utilice o no el apoyo social en una situación estresante, dependerá tanto de la disponibilidad que tenga de ese apoyo como de las características y competencias personales para acceder a él y emplearlo. También dependerá de los patrones de afrontamiento desarrollados previamente (Rodríguez Espíndola y Enrique, 2007).

Hablar de apoyo social, es hacer referencia a la posibilidad de contar con relaciones significativas, a la existencia de personas de confianza en el propio entorno, con quienes poder compartir los sentimientos más profundos y sentirse acompañado. También se entiende como la unión entre personas y grupos que fortalece la capacidad de adaptarse y hacerle frente a los desafíos, tensiones y carencias (Diez et. al., 2016).

En situaciones difíciles como la infertilidad, el apoyo social tiene un impacto sumamente beneficioso y amortiguador, se reconoce que los vínculos interpersonales son primordiales para lograr un buen ajuste ante este acontecimiento disruptivo. Pero lo que les ocurre a muchas de las personas diagnosticadas es que les cuesta acceder a él y experimentan potentes sensaciones de soledad, creyendo y sintiendo que sus familiares y amigos no los comprenden. Es frecuente y común que una persona que lidia con la infertilidad sienta que sus seres queridos no saben qué decir ni cómo actuar ante ellos, por esa razón acaban aislándose cada vez más de su círculo social. Éste es un punto delicado, porque el apoyo social es una herramienta importantísima para amortiguar el estrés vinculado a la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida. Se considera de vital importancia la psicoeducación y la capacitación de los individuos para comunicarse de manera asertiva, en pos de buscar apoyo social de calidad y aprender a pedirlo (Pérez Ortega y Barraca Mairal, 2016).

Si bien cada sujeto tiene su modo particular de sobrellevar los desafíos de la vida, gran parte de las mujeres infértiles no se habilitan a compartir su experiencia con familiares y amigos, lo que aumenta su vulnerabilidad psicológica. El silencio en la batalla para ser madres no constituye una buena opción, esto las lleva a tener comportamientos evitativos y al aislamiento social, que representa un factor de riesgo para estas mujeres (Putin Saura et. al., 2023).

La falta de apoyo social, o la percepción de no tenerlo, está relacionada con un deterioro en la salud mental de las personas diagnosticadas con infertilidad. Es un asunto complejo, porque las mujeres inicialmente deciden mantener en privado su infertilidad como una manera de protegerse emocionalmente ante la presión social y también de las expectativas de sus familiares y amistades sobre cuándo se convertirán en madres y padres. Es muy complicado

poder expresar o contar el problema sin sentir la estigmatización y la incomodidad, pero a su vez, lograr divulgarlo dentro del entorno permite acceder al apoyo social, ayuda a demostrarse vulnerable y a promover la empatía, además de naturalizar la búsqueda del hijo a través de técnicas de reproducción asistida (Teló Klaus et. al., 2023).

Las mujeres que no encuentran empatía y apoyo en su círculo más cercano, recurren a otras mujeres que están atravesando (o que hayan atravesado) la misma situación. Cotejar sus experiencias entre sí y escucharse mutuamente suele brindar tranquilidad y una mejor comprensión de la vivencia. A veces, ven a sus pares como una valiosa fuente de conocimientos sobre el tema, y que cubre en parte las necesidades psicoemocionales que tienen, y que los profesionales de la salud no atienden de manera completa. El apoyo entre iguales reduce la sensación de soledad, ayuda a naturalizar el proceso y permite el intercambio de información, lo cual parece fomentar el empoderamiento de las mujeres, animándolas a asumir un rol activo en el manejo de la infertilidad (Rujas Bracamonte et. al., 2021).

Continuando con esta idea del apoyo e intercambio entre mujeres que enfrentan la infertilidad, éstas pueden encontrarse también a través de la búsqueda en línea. Internet es una vía para localizar grupos o personas en circunstancias similares. Dichos recursos son muy accesibles en la actualidad, fundamentalmente para mujeres que se sienten solas, aisladas e incomprendidas por quienes no han vivido esta difícil experiencia. Es una manera de encontrar apoyo mutuo, información e identificación. El anonimato puede brindar una sensación de seguridad, para poder compartir la propia experiencia sin sentir el estigma que acarrea la etiqueta de la infertilidad (Teló Klaus et. al., 2023). De todos modos, se advierte sobre el cuidado y discernimiento que se debe tener a la hora de acceder a diversos sitios o foros que proporcionan información, debido a que la infertilidad se ha convertido en motivo de comercialización, alejándose del propósito genuino de ayuda para los usuarios (Cabrera et. al., 2021).

4.4 Autoeficacia

El concepto de autoeficacia fue propuesto por el psicólogo canadiense Albert Bandura, y surge dentro del marco de la Teoría Social Cognitiva. El lineamiento básico del cognitivismo es que los pensamientos tienen un papel central en la regulación de la conducta, así como en la génesis de las disfunciones y su mantenimiento (Olivari Medina y Urra Medina, 2007).

La autoeficacia se refiere a la convicción de cada individuo sobre sus propias habilidades para planificar y llevar a cabo acciones que le permitan alcanzar las metas deseadas

(Brenlla et.al., 2010). Lo esencial de este constructo es la autorreferencia, es decir, el sujeto se evalúa a sí mismo acerca de su propia capacidad para realizar una acción y cumplir un objetivo (Garrido Martín, 1993). Consiste en la medida en que un individuo se siente seguro y confiado para embarcarse en una variedad de actividades (Carbonero Martín y Merino Tejedor, 2004) y es crucial para lidiar efectivmente con una amplia gama de tensiones que se presentan en la vida cotidiana. La autoeficacia desempeña un papel clave en el afrontamiento del estrés (Sanjuán Suárez et. al., 2000).

Es importante no confundir la autoeficacia con la capacidad en sí misma, y tampoco con la expectativa de resultado, no se debe perder de vista que se trata de un juicio autorreferencial o autoevaluación (Garrido Martín, 1993).

Las creencias acerca de la propia eficacia influyen en cómo una persona se comporta, en las decisiones que toma, en la cantidad de esfuerzo que pone, en su persistencia frente a los desafíos, en cómo piensa sobre las situaciones y en las emociones que experimenta en respuesta a ellas, en definitiva, impactan sobre los sentimientos, los pensamientos y las conductas (Olaz, 2003).

Una persona que se juzga eficaz tiene un estilo para desenvolverse, sobre todo a nivel mental, muy diferente al de alguien que se considera ineficaz (Garrido Martín, 1993). Un alto sentido de eficacia se asocia con un mejor desempeño cognitivo y mayor motivación, así como una percepción de baja autoeficacia se relaciona con ansiedad, desamparo y desvalimiento (Olivari Medina y Urra Medina, 2007). La autoeficacia promueve pensamientos motivadores y estimulantes, por ello las personas que se perciben eficaces optan por desafíos más grandes, establecen metas más ambiciosas y muestran una mayor perseverancia en alcanzar sus objetivos (Sanjuán Suárez et. al., 2000).

El origen de las creencias de autoeficacia que posee cada individuo puede rastrearse en tres fuentes principales, a saber: la familia, el grupo de pares y la institución escolar. Las figuras parentales desempeñan un rol clave en la construcción de la autoeficacia del niño, porque son quienes pueden promoverla o limitarla. Por ejemplo, los padres sobreprotectores, que no dan espacio a los hijos para que interactúen con el ambiente, o que no les brindan la posibilidad de exponerse a situaciones que tengan que resolver creativamente, coartan el desarrollo de las habilidades de ese niño que está creciendo. En cambio, los padres que apoyan la actividad exploratoria de sus hijos favorecen el despliegue de las áreas tanto cognitiva como social (Merino Tejedor, 2010).

En lo que respecta al campo de la salud específicamente, los individuos con altos niveles de autoeficacia percibida tienden a comenzar cuidados preventivos, recurrir a tratamientos

prontamente y guardan mayor optimismo sobre los resultados de los mismos (Olivari Medina y Urra Medina, 1993). Y en los tratamientos de reproducción asistida puntualmente, la autoeficacia permite a las personas sentir confianza en sí mismas y en el proceso. Esta confianza da lugar a la creación de significados positivos a pesar de la vivencia difícil, y también ayuda a darle un sentido distinto a la situación, sin llegar a distorsionar la realidad objetiva. Si la persona confía en su capacidad, puede abordar situaciones complejas con creatividad (Pérez Figueroa et. al., 2022). Estas creencias de eficacia conservan el bienestar emocional aún luego de un tratamiento fallido, por lo cual constituyen un factor protector (Moreno y Guerra Díaz, 2007).

5. Estado del Arte

Para rastrear el estado actual de las investigaciones que abordan el estrés, el apoyo social y la autoeficacia se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Se contemplaron estudios empíricos de los últimos 25 años y la búsqueda no arrojó resultados de investigaciones que hayan contrastado el estrés en grupos de baja y alta complejidad en la población dada, pero sí se encontraron estudios cualitativos que permiten inferir que el grupo de alta complejidad puntúa más alto en dicha variable. Sí se encontraron estudios de relación entre estrés, apoyo social y autoeficacia. Se han explorado sitios como como Google Académico, Research Gate y Scielo, utilizando las siguientes palabras clave: “Estrés”, “Apoyo Social”, “Autoeficacia”, “Reproducción Asistida”, “Infertilidad”, “Baja Complejidad” y “Alta Complejidad”.

5.1. Estrés, Apoyo Social y Autoeficacia

En un estudio no experimental realizado por Morales Navarro et. al. (2021) se buscó construir un modelo predictivo del estrés basado en las variables apoyo social y autoeficacia. La muestra estuvo conformada por 126 estudiantes universitarios de distintas facultades de Chile, que pertenecían al Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo (PACE), dicho programa se implementa para asegurar el acceso a la educación a los sectores vulnerables. Se concluyó que el apoyo social y la autoeficacia se relacionan de manera inversa con el estrés (es decir, a mayor nivel de estrés, menores niveles de apoyo social y de autoeficacia). Asimismo, se demostró que la variable autoeficacia tiene poder predictivo sobre el estrés. Lo mismo se encontró en un grupo de estudiantes de universidades públicas y privadas de Argentina, en el que bajos niveles de autoeficacia predicen la sintomatología del estrés (Mur et. al., 2023).

En la misma línea, otra investigación de diseño transversal realizada por González Ramírez et. al. (2011) buscó explicar el estrés percibido en un grupo de pacientes diagnosticados con fibromialgia grave. La muestra se constituyó por 165 sujetos integrantes de distintas Asociaciones de Fibromialgia reconocidas de varios países, los mismos fueron contactados por internet y en su mayoría eran de España y México. Los resultados determinaron que el apoyo social, la autoeficacia y la autoestima son variables predictoras del estrés percibido, y que se asocian negativamente con él.

En otro estudio de diseño correlacional predictivo y de corte transversal realizado por Lara et. al. (2022) el objetivo fue predecir el estrés con relación al apoyo social en una muestra conformada por 150 cuidadores informales de ancianos en los hospitales de Saltillo (México). Se concluyó que el apoyo social juega un papel de amortiguación importante al disminuir la posibilidad de efectos negativos que pueda presentar el cuidador. Lo mismo se encontró en madres de niños con discapacidad auditiva de la Ciudad de México (Esquivel et. al., 2021) y en adultos mayores de un Centro integral de atención de Lima (Barrientos y Díaz, 2018).

En un estudio de revisión sistemática cualitativa llevado a cabo por García Fernández et. al. (2023), en el que se aceptaron tanto estudios cualitativos como cuantitativos para la revisión y análisis de los datos, el objetivo fue identificar la mejor evidencia disponible sobre la mejora de la autoeficacia de la lactancia materna en madres que cuentan con un apoyo social adecuado. La conclusión es que se considera fundamental un buen nivel de apoyo social para mantener un buen nivel de autoeficacia en la lactancia, y esto se traduce en una mejora del desempeño de las madres lactantes. Lo mismo se encontró en un grupo de estudiantes del ámbito de la salud en Almería (España), en el que los resultados arrojaron una correlación positiva entre apoyo social y autoeficacia (Simón et. al., 2017), en un grupo de estudiantes universitarios polivictimizados de Viña del Mar (Chile), en el que también se encontró que, a mayor apoyo social, mayor autoeficacia (Guerra et. al., 2017) y en un grupo de adultos mayores que asisten a un jardín de la tercera edad de la Ciudad de México (Acuña Gurrola y González Celiz Rangel, 2010)

5.2. Diferencias en el estrés según grupos de Baja y Alta Complejidad

En un artículo de revisión sistemática realizado por Urdapilleta (1999), el objetivo fue identificar las características de los pacientes sometidos a TRA de alta complejidad y las situaciones generadas por estos tratamientos, se concluyó que los pacientes sufren un impacto psicológico muy específico debido a la incomodidad física (inyecciones, efectos adversos de la

medicación, exámenes de laboratorio, monitoreos constantes, etc.), alteración emocional generada por las hormonas, temor a fracasar, temor a que su cuerpo no responda a la medicación, presión en cuanto al manejo de información que le brindan a su círculo íntimo, interrupción de sus trabajos o actividades durante el tiempo que dura el tratamiento, sensación de falta de control, de tener que entregarse a los médicos, aprender un lenguaje nuevo y complejo, dificultades económicas para afrontar los procedimientos, tomar decisiones éticamente difíciles, incertidumbre sobre los resultados, transitar el tratamiento como la última esperanza de tener un hijo y el sobreinvolucramiento emocional al tomar contacto tan temprano con los embriones, mucho antes de que el embarazo sea un hecho. Lo mismo se encontró en una revisión realizada por Veiga et. al. (2013) con el objetivo de abordar la relación entre estrés, ansiedad e infertilidad. A la luz de estas conclusiones se infiere que el nivel de estrés en mujeres sometidas a TRA de alta complejidad es mayor que en TRA de baja complejidad.

6. Metodología

6.1. Diseño

Se utilizó un diseño de trabajo no experimental, de corte transversal, de alcance explicativo y con un enfoque cuantitativo (Hernández Sampieri et. al., 2014).

6.2. Participantes

Se eligió como población a mujeres de entre 25 y 50 años que realizan tratamientos de reproducción asistida en Argentina desde hace al menos 6 meses. Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta a mujeres en pareja igualitaria, mujeres que buscan ser madres sin pareja y mujeres que realicen tratamiento con gametos donados.

Participaron de este estudio 887 personas, de las cuales 245 resultaron excluidas. 120 de ellas no cumplían el criterio de material/gametos propios, 98 por no cumplir el criterio de estado civil, 19 por no cumplir el criterio de edad, 7 por respuesta ruidosa o inexacta y 1 no cumplía el criterio de género.

Se conformó una muestra de tipo no probabilística por accesibilidad y conveniencia (Hernández Sampieri et. al., 2014) constituida por un total de 642 mujeres. Las mismas tenían una media de edad de 35.8 años (*DE* = 4.71), y sus edades se comprendieron entre los 25 y 50 años. Del total de las participantes, 449 (69.9%) realizaban tratamientos de Alta Complejidad y 193 (30.1%) de Baja Complejidad. En cuanto al lugar de residencia, 108 (16.8%) residían en

CABA, 226 (35.2%) en GBA y 308 (48%) en el resto del país. En cuanto al diagnóstico, 469 (73.1%) presentaban Infertilidad Primaria y 173 (26.9%) Infertilidad Secundaria.

6.3. Instrumentos

6.3.1. Cuestionario de variables Sociodemográficas

En el cuestionario sociodemográfico elaborado ad hoc se solicitaron los siguientes datos: edad, género, estado civil, lugar de residencia, tipo de infertilidad diagnosticada, tipo de TRA que realiza y qué material utiliza en el tratamiento (ver Anexo A).

6.3.2. Percived Stress Scale (PSS-14) / Escala de Estrés Percibido (Cohen et. al., 1983), versión traducida al español del instrumento original (Remor, 2006).

La escala PSS-14 fue diseñada para medir en qué grado se evalúan como estresantes diferentes situaciones de la vida. Mide el estrés percibido durante el último mes. Los ítems evalúan en qué grado las personas perciben su vida como impredecible, inmanejable o sobrecargada.

Es un instrumento de autoinforme que se administra en poco tiempo, de fácil corrección, y consta de 14 ítems. El formato de respuesta es tipo Lickert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). Por un lado, la dimensión estrés percibido (ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14) ejemplo –*"En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ocurrió inesperadamente?"*-, y por otro, la dimensión afrontamiento del estrés percibido (ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13) ejemplo - *"En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?"* -.

La puntuación total de la PSS-14 se obtiene invirtiendo la puntuación de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que una mayor puntuación corresponde a un mayor nivel de estrés percibido. En cuanto a la confiabilidad, el coeficiente Alpha de Cronbach muestra valores adecuados tanto para la escala total = .788 como para cada una de las dimensiones: estrés percibido = .746; afrontamiento del estrés percibido = .727 (ver Anexo B).

6.3.3. MOS Social Support Scale (Sherbourn y Stewart, 1991) / Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido, validación argentina (Rodríguez Espínola y Enrique, 2007).

Dicha escala evalúa la percepción de apoyo social que siente una persona. El constructo se mide en apoyo estructural (el tamaño de la red social o cantidad de personas que forman parte de la misma) y apoyo funcional (la percepción de apoyo). El apoyo funcional es el más relevante, y tiene 3 dimensiones: apoyo emocional/infomacional (entendido como la comprensión empática, guía, consejo o información), apoyo afectivo (entendido como el soporte afectivo) y apoyo instrumental (entendido como la ayuda material o tangible).

El cuestionario consta de 20 ítems, de los cuales el número 1 refiere al tamaño de la red social *("Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?")* y los 19 ítems siguientes refieren a las 3 dimensiones del apoyo social funcional: el apoyo emocional/infomacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 18 y 19), por ejemplo -*"¿Cuenta con alguien que comprenda sus problemas?"*-; el apoyo afectivo (ítems 6, 7, 10, 11 y 20), por ejemplo - *"¿Cuenta con alguien que le muestre amor y afecto?"*- y el apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), por ejemplo - *"¿Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesite?"* - .

El formato de respuesta es tipo Lickert con cinco opciones que reflejan con qué frecuencia está disponible cada tipo de apoyo para la persona (1 = Nunca; 2 = Pocas Veces; 3 = Algunas Veces; 4 = La Mayoría de las Veces; 5 = Siempre). Se obtiene una puntuación total y un mayor puntaje indica mayor apoyo social percibido. En cuanto a la confiabilidad, el coeficiente Alpha de Cronbach muestra adecuadas propiedades psicométricas tanto para la escala global = .919, como para cada factor: apoyo emocional/informacional = .876; apoyo afectivo = .843 y apoyo instrumental = .802 (ver Anexo C).

6.3.4. General Self-Efficacy Scale / Escala de Autoeficacia General (EAG) (Jerusalem y Schwarzer (1992), Adaptación Argentina (Brenlla et. al., 2010).

Dicha escala permite evaluar las creencias estables de competencia personal para manejar con eficacia las distintas situaciones estresantes a las que las personas se ven expuestas a lo largo de su vida. El análisis factorial exploratorio determinó que el constructo es unidimensional. La escala incluye 10 ítems y el formato de respuesta es tipo Lickert con cuatro opciones de respuesta que van desde nunca (1) a siempre (4), por ejemplo - *"Tengo confianza en que podría manejar eficazmente situaciones imprevistas"* -. Las puntuaciones varían entre

los 10 y 40 puntos; y los valores más altos corresponden a una mayor percepción de autoeficacia. En cuanto a la confiabilidad, el coeficiente Alpha de Cronbach muestra valores adecuados = .76 (ver Anexo D).

6.4. Procedimiento

6.4.1. Procedimiento de Recolección de Datos

Para la toma de pruebas y recolección de datos se invitó a participar de la investigación de manera voluntaria vía redes sociales (Whatsapp, Telegram, Facebook e Instagram) a través del sistema de administración de encuestas Google Forms. Antes de comenzar a responder los cuestionarios, se informó a las participantes sobre los objetivos de la investigación, aclarando también que los datos obtenidos en las encuestas iban a tener un tratamiento anónimo, confidencial y que serían utilizados únicamente para fines académicos (ver Anexo A).

6.4.2. Procedimiento de Análisis de Datos

Para analizar los datos de la presente investigación se utilizó el programa estadístico Jamovi (versión 2.3.28). En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables Estrés, Apoyo Social y Autoeficacia (i.e. cálculo de medias, desvíos, y valores mínimos y máximos). A continuación, se realizó una comparación de grupos con respecto a la variable Estrés en función del tipo de tratamiento (baja complejidad, alta complejidad) utilizando la prueba *t* de Student. Luego, se analizó la presencia de correlaciones significativas entre las variables de interés, a partir del coeficiente *r* de Pearson. Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple para el cuarto objetivo específico.

7. Resultados

7.1 Estadísticos descriptivos de las variables de interés

Para el objetivo específico número uno, se aplicaron análisis estadísticos descriptivos, para exponer los niveles de estrés, apoyo social y autoeficacia de las mujeres que realizan TRA. En cuanto a la variable Estrés, el puntaje total osciló entre 11 y 50, presentó una media de 32.0 y un desvío de 6.32. Por su parte, la dimensión Estrés Percibido osciló entre los 4 y 28 puntos

(*M* = 17.9, *DE* = 5.11), mientras que la dimensión Estrés Afrontamiento arrojó puntajes entre 0 y 27 (*M* = 14.1, *DE* = 4.58), ilustrado en la tabla 1.

Tabla 1

Análisis descriptivo variable estrés

	M	*DE*	*Mín*	*Máx*
Estrés percibido	17.9	5.11	4	28
Estrés afrontamiento	14.1	4.58	0	27
Estrés total	32.0	6.32	11	50

En relación a la variable Apoyo Social, el puntaje total osciló entre 19 y 95, presentó una media de 72.5 y un desvío de 22.01. Por su parte la dimensión Apoyo Social Funcional Emocional Informacional se movió entre los 10 y 50 puntos (*M* = 38.2, *DE* = 11.59), mientras que la dimensión Apoyo Social Funcional Afectivo presentó puntajes entre 5 y 25 (*M* = 19.1, *DE* = 5.79), por último, la dimensión Apoyo Social Funcional Instrumental arrojó puntajes entre 4 y 20 (*M* = 15.3, *DE* = 4.63), ilustrado en la tabla 2.

Tabla 2

Análisis descriptivo variable apoyo social

	M	*DE*	*Mín*	*Máx*
ASF emocional/informacional	38.2	11.59	10	50
ASF afectivo	19.1	5.79	5	25
ASF instrumental	15.3	4.63	4	20
Apoyo social total	72.5	22.01	19	95

Nota. (ASF) Apoyo social funcional

Finalmente, la variable Autoeficacia tuvo una puntuación total que osciló entre 10 y 40, presentó una media de 30.2 y un desvío de 5.07, ilustrado en la tabla 3.

Tabla 3

Análisis descriptivo variable autoeficacia

	M	*DE*	*Mín*	*Máx*
Autoeficacia total	30.2	5.07	10	40

7.2 Diferencias de grupo según tipo de tratamiento

En relación al objetivo específico número dos, se realizó un análisis para evaluar si existen diferencias en el nivel de estrés según el tipo de tratamiento que se realiza (baja o alta complejidad), mediante la pueba *t* de Student. No se encontraron diferencias significativas para esta variable, como se observa en las tablas 4 y 4.1.

Tabla 4

Análisis comparativo según tipo de tratamiento

		Estadístico	*gl*	*p*
Estrés percibido	*t* de Student	-1.377	640	.169
Estrés afrontamiento	t de Student	-.563	640	.574
Estrés total	t de Student	-1.522	640	.128

Nota. H_a $\mu_{\text{Alta complejidad}} \neq \mu_{\text{Baja complejidad}}$

Tabla 4.1

Descriptivas de grupo

	Grupo	*N*	*Media*	*Mediana*	*DE*	*EE*
Estrés percibido	Alta complejidad	449	17.7	18.0	5.19	.245
	Baja complejidad	193	18.3	19.0	4.93	.355
Estrés afrontamiento	Alta complejidad	449	14.1	14.0	4.46	.211
	Baja complejidad	193	14.3	15.0	4.85	.349
Estrés total	Alta complejidad	449	31.7	32.0	6.52	.308
	Baja complejidad	193	32.6	32.0	5.82	.419

7.3 Correlaciones entre las variables de interés

Con respecto al objetivo específico número tres, se realizó un análisis de correlación bivariada de Pearson. Los resultados arrojaron correlaciones significativas entre las puntuaciones totales de Estrés, Apoyo Social y Autoeficacia.

La variable Estrés correlaciona significativamente con el Apoyo Social, dicha relación es negativa y débil (r = - 0.096, p < .05); y a su vez presenta una relación significativa con la

variable Autoeficacia, siendo ésta también negativa, pero en este caso fuerte (r = - 0.355, p < .05). Esto indica que el Estrés correlaciona en sentido inverso con el Apoyo Social y la Autoeficacia, es decir: ante mayores niveles de Estrés, menores son los niveles de Apoyo Social y Autoeficacia (y viceversa).

Por su parte, las variables Apoyo Social y Autoeficacia presentan una relación entre sí, la misma es positiva y fuerte (r = 0.142, p < .05). Esto significa que ambas variables se comportan en el mismo sentido, es decir: a mayor nivel de Apoyo Social, mayor nivel de Autoeficacia.

Así mismo, se presentan a continuación los análisis de correlaciones entre las distintas dimensiones de las variables de interés, en la tabla 5.

Tabla 5

Análisis correlacional de las variables estrés, apoyo social y autoeficacia

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Estrés total	—							
2. Apoyo social total	-.096 *	—						
3. Autoeficacia total	-.355 ***	.142 ***	—					
4. Estrés percibido	.698 ***	.060	-.168 ***	—				
5. Estrés afrontamiento	.601 ***	-.199 ***	-.303 ***	-.153 ***	—			
6. ASF emo/info	-.096 *	1.000 ***	.142 ***	.060	-.199 ***	—		
7. ASF afectivo	-.096 *	1.000 ***	.142 ***	.060	-.199 ***	1.000 ***	—	
8. ASF instrumental	-.096 *	1.000 ***	.142 ***	.060	-.199 ***	1.000 ***	1.000 ***	—

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

7.4 Predictores de estrés

Finalmente, para el objetivo específico número cuatro, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple para constatar si los bajos niveles de apoyo social y de autoeficacia son predictores de altos niveles de estrés. El resultado arrojó que el modelo es significativo, y se explica por la autoeficacia, como se visualiza en las tablas 6 y 6.1.

Tabla 6

Predictores estrés

				Prueba Global del Modelo			
Modelo	*R*	*R²*	*R² corregida*	*F*	*gl1*	*gl2*	*p*
1	.358	.128	.125	46.9	2	639	< .001

Tabla 6.1

Coeficientes del Modelo - Estrés total

Predictor	*Estimador*	*EE*	*t*	*p*
Constante	460.827	15.257	30.20	< .001
Autoeficacia total	-.4347	.0466	-9.34	< .001
Apoyo social total	-.0132	.0107	-1.23	.219

8. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar la relación existente entre el estrés, el apoyo social y la autoeficacia en las mujeres de entre 25 y 50 años que realizan tratamientos de reproducción asistida en Argentina. Para cumplimentar el mismo se utilizaron la escala de estrés percibido (PSS-14) de Cohen, en su versión traducida al español (Remor, 2006), el cuestionario de apoyo social percibido (MOS) de Sherbourn y Stewart, en su validación argentina (Rodríguez Espínola y Enrique, 2007) y la escala de autoeficacia general (EAG) de Jerusalem y Schwarzer, también en su adaptación argentina (Brenlla et. al., 2010).

El primer objetivo específico implicaba describir los niveles de estrés, apoyo social y autoeficacia de las mujeres que realizan TRA. Con dicho propósito se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo mediante el cual se pudo hacer el siguiente relevamiento: en la variable estrés se encontró una puntuación que supera el valor de referencia; y en cada una de las dos dimensiones del constructo se observó lo mismo: tanto el estrés percibido como el estrés afrontamiento puntuaron alto. Por su parte, la variable apoyo social se comportó del mismo modo, se hallaron puntajes superiores al valor de referencia; y sus tres dimensiones mostraron un idéntico comportamiento: apoyo emocional informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental arrojaron puntajes altos. Por último, la variable autoeficacia siguió la misma tendencia, alcanzando un puntaje por encima del valor de referencia.

El segundo objetivo específico consistía en comparar los niveles de estrés entre los grupos de mujeres que realizan TRA de Baja Complejidad y de Alta Complejidad. Para cumplir con el mismo se realizó una prueba *t* de Student. La hipótesis sostenía que el grupo que realiza TRA de Alta Complejidad presentaría mayor nivel de estrés que el grupo de Baja Complejidad. No obstante, los resultados obtenidos no confirmaron esta hipótesis.

En la literatura no se encontraron antecedentes de estudios que compararan el nivel de estrés según tipo de tratamiento, pero sí se hallaron investigaciones a partir de las cuales se pudo inferir la hipótesis. Estos autores describieron las características de los pacientes sometidos a la Alta Complejidad: se destacó la enorme incomodidad física que sufren por las inyecciones diarias, por los efectos adversos de la medicación, por el obligado paso por el quirófano (algo que en las técnicas de Baja Complejidad no es necesario), por la puesta en pausa de las actividades cotidianas durante el tratamiento (aproximadamente un mes), por las decisiones éticas difíciles sobre el futuro de los posibles embriones (¿los usarán, los descartarán o los donarán?) y la incertidumbre sobre los resultados en cada intento. Se infirió que éste sería un grupo con mayor nivel de estrés porque el procedimiento es más complejo, tal como lo indica su nombre "Alta Complejidad" (Urdapilleta, 1999; Veiga et. al., 2013).

Podría especularse que el estrés está presente en un grado alto en todos los casos, más allá de la técnica empleada, porque lo que subyace a estos procesos es la incertidumbre, y los pacientes no tienen ninguna garantía de alcanzar el embarazo tan anhelado. Sánchez et. al. (2019) agrega que la vida psíquica o emocional de una mujer con infertilidad se ve desorganizada, que sus reacciones psicológicas están atadas al curso de los tratamientos, cualquiera sea su tipo y que esto tiene un alto costo para su estabilidad emocional.

El hecho de que no existan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos puede explicarse porque el estrés se experimenta ya desde la simple sospecha de infertilidad, cuando la búsqueda del hijo se dilata más de lo que la mujer hubiera podido imaginar. Al confirmar el diagnóstico se ingresa a un mundo desconocido, que implica el esfuerzo de entender y aceptar que se necesita ayuda profesional para procrear (Veiga et. al., 2013).

La no coincidencia de estos resultados con la hipótesis inicialmente planteada también puede deberse a que experimentar estrés no necesariamente está ligado a la simplicidad o complejidad del procedimiento. En el caso de la reproducción asistida puntualmente, la mujer sabe que el resultado del tratamiento no depende completamente de ella, ni de todo su esfuerzo, ni del apoyo que reciba, porque hay algo que escapa de su control, y también del control de la medicina (Llavona Uribelarrea, 2008).

Las TRA en general no están eximidas de estrés ni peligros para la salud, debido a que son demasiados factores en juego. El estrés se dispara aunque las personas cuenten con contención y recursos, porque son situaciones en las que el plan de vida se pone en jaque y la intimidad es altamente invadida. Es sabido que la pareja recibe instrucciones médicas muy específicas que alteran su vida cotidiana y sexual habitual (Cabrera et. al., 2021). Las ideas sobre el proyecto de vida/familia y sobre lo que significa ser mujer (mandato mujer = madre) se empiezan a replantear ante la infertilidad, con todo lo que eso significa. Desarmar las concepciones previas y construir otras nuevas no es nada sencillo (Domínguez, 2010).

El tercer objetivo específico buscaba determinar si existía una relación entre el estrés, el apoyo social y la autoeficacia de las mujeres que realizan tratamientos de reproducción asistida. A tal fin se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson. La hipótesis formulada planteaba, por un lado, que sí existe una relación estadísticamente significativa y de sentido inverso entre el estrés y las variables apoyo social y autoeficacia (es decir que, a mayor nivel de estrés, menor nivel de apoyo social y autoeficacia). Y, por otro lado, que hay una correlación positiva entre apoyo social y autoeficacia (lo que significa que, a mayor nivel de apoyo social, mayor autoeficacia).

En este estudio dicha hipótesis se cumplió. Los resultados obtenidos coinciden con la primera parte de la hipótesis y con los datos encontrados en otras investigaciones, en las que se refleja una correlación negativa entre el estrés y las otras dos variables: apoyo social y autoeficacia (Morales Navarro et. al., 2021; González Ramírez et. al., 2011; Lara et. al., 2022; Esquivel et. al., 2021; Barrientos y Díaz, 2018). Por otra parte, los resultados también están alineados con la segunda parte de la hipótesis y con los datos hallados en la literatura, en donde se afirma que el apoyo social y la autoeficacia presentan una correlación positiva entre sí (García Fernández et. al., 2023, Simón et. al., 2017; Guerra et. al., 2017; Acuña Gurrola y González Celis Rangel, 2010).

Por último, el cuarto objetivo específico pretendía analizar si bajos niveles de apoyo social y autoeficacia eran predictores de altos niveles de estrés. Para corroborarlo se efectuó un análisis de regresión lineal. A partir de los antecedentes hallados, la hipótesis planteaba que las variables apoyo social y autoeficacia tendrían poder predictivo frente al estrés. Los resultados obtenidos indican que el modelo es significativo, explicándose la predictibilidad del estrés por la autoeficacia. Esto es coincidente con los datos hallados en la literatura (Morales Navarro et. al., 2021; Mur et. al., 2023; González Ramírez et. al., 2011; Lara et. al., 2022; Esquivel et. al., 2021; Barrientos y Díaz, 2018). Se considera que el modelo se explica por la autoeficacia ya

que resulta ser un recurso clave para el afrontamiento de los tratamientos y mantener el bienestar emocional (Moreno y Guerra Díaz, 2007).

8.1 Limitaciones

En relación a las limitaciones de la presente investigación se contempla la falta de datos disponibles o confiables, lo que pudo haber derivado en resultados imprecisos. Se señala la ausencia de baremos normativos para los instrumentos, lo cual representa una limitación importante. Se han generado baremos propios calculados a partir de las puntuaciones mínimas y máximas recogidas en la muestra, y esto podría plasmar de manera imprecisa los rangos normativos de la población general. Esto dificulta el poder realizar comparaciones con otros estudios eventualmente.

Otra de las principales limitaciones se vincula a la falta de estudios previos sobre el tema, si bien se han realizado numerosas investigaciones sobre el estrés en el campo de la reproducción asistida, hay poca literatura que aborde el apoyo social y la autoeficacia en esta población. Dicha incertidumbre teórica quita la posibilidad de contrastar los resultados alcanzados con estudios realizados previamente, y también de comprender más acabadamente el impacto e influencia de estas variables en las mujeres que realizan tratamientos de reproducción asistida.

Se menciona como limitación también la medida utilizada para recolectar datos, ya que el uso de cuestionarios autoinformados pudo haber introducido sesgos de deseabilidad social y de este modo, los resultados pueden no estar reflejando con exactitud la experiencia real.

8.2 Líneas futuras

La presente investigación proporciona evidencia empírica sobre la relación entre el estrés, el apoyo social y la autoeficacia en mujeres que se encuentran transitando el camino de la reproducción asistida en el territorio argentino. Hasta el momento, no se han producido investigaciones que relacionen estas variables en nuestro país, de manera que este estudio resulta ser una contribución para el ámbito de la Psicología, ayudando a entender la complejidad de los procesos de reproducción asistida y la gran cantidad de factores que se entrecruzan en ellos.

Resultaría muy interesante seguir ahondando en esta problemática que es cada vez más frecuente y común, teniendo en cuenta a la otra gran parte de la población que también la sufre:

los varones. Sería sumamente enriquecedor incluirlos en futuras investigaciones porque también son partícipes clave dentro de los tratamientos y en muchos casos se los deja al margen centrándose toda la atención en la mujer. Y la realidad es que el diagnóstico de infertilidad es de la pareja, no de uno de sus miembros en particular.

Otro punto atrayente para profundizar tiene que ver con la infertilidad primaria o secundaria. Podría indagarse si existen diferencias entre ambas experiencias, o si hay algo particular que caracterice a cada una. Por ejemplo, realizar una comparación entre quienes nunca han podido concebir y quienes sí lo han logrado anteriormente, pero que ahora buscando un segundo embarazo tienen dificultades y no lo consiguen.

Futuras investigaciones podrían seguir aportando al entendimiento de la problemática de la infertilidad, tomando otras variables para analizar, por ejemplo, la autoestima, los estilos de afrontamiento y la resiliencia. Esto sería valioso para continuar desentrañando qué ocurre con la valoración que las personas hacen de sí mismas frente a la imposibilidad de procrear; cuáles son las estrategias específicas que utilizan para hacer frente a las demandas de la sociedad y del proceso mismo de reproducción asistida, y de qué manera logran resignificar la experiencia. También para explorar cómo construyen nuevas versiones de sí mismos a partir de que se interrumpen sus proyectos iniciales de vida y familia.

Se advierte además que, sería importante desarrollar un instrumento más específico para efectuar la medición del estrés en el contexto de la reproducción asistida, con la finalidad de arribar a datos más precisos sobre el atravesamiento de las dificultades, las presiones sociales y las auto-presiones que las mujeres, hombres o parejas pueden vivenciar. Hoy en día, las herramientas con las que podemos contar para medir el estrés pueden no capturar con suficiente exactitud las características de la experiencia que nos interesa.

En último lugar, en esta investigación se emplearon cuestionarios autoinformados, y para futuros estudios sería recomendable combinar métodos de recolección de datos, por ejemplo, entrevistas semidirigidas, a fin de obtener datos con el menor nivel de sesgo posible. En una entrevista cara a cara puede generarse una conexión empática, y crearse un contexto seguro para que la persona se anime a explorar sus sentimientos más genuinos y profundos en relación a su infertilidad.

8.3 Conclusión

Los resultados de esta investigación llevan a concluir que las mujeres que realizan tratamientos de reproducción asistida tienden a presentar altos niveles de estrés en general. Esta variable se manifiesta en el proceso sin distinguir si las pacientes cuentan con menor o mayor

grado de apoyo social, y más allá de que sientan confianza en sus propias capacidades para lograr el embarazo. Tampoco influye para disminuirlo el tipo de técnica empleada, desde las menos invasivas hasta las más complejas, en todos los casos el estrés parece ser un componente inevitable. Y la incertidumbre el elemento que gobierna todo el proceso.

Este hallazgo señala la necesidad imperiosa de un cambio en el abordaje de la infertilidad, desde el momento en que los estudios médicos revelan las dificultades para concebir. Este vuelco debe comenzar fundamentalmente por parte de la medicina, llevando adelante los tratamientos desde un encuadre más humanizado. La experiencia podría ser muy distinta si las personas recibieran la información correspondiente en un lenguaje accesible, bajado a tierra y que puedan entender. Esto sería una gran forma de ayudar a las pacientes a lidiar con la incertidumbre.

Se enfatiza entonces la necesidad de información clara, de comunicación asertiva y una actitud médica más amable, cercana y dispuesta a comprometerse con cada caso singular. Además, se vislumbra el rol clave que podrían desempeñar los psicólogos, por ello se sugiere su inclusión dentro de los equipos médicos. Las consultas con un profesional de la salud mental deberían formar parte de los programas de tratamiento.

9. Referencias Bibliográficas

Acuña-Gurrola, M. del R. & González-Celis-Rangel, A. L. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues, Vol.* 2 (2), 59-66. https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2010.2.2.26792

Almagiá, E. B. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud, Vol.* 14 (2), 237-243. https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848

Aranda, C. & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en psicología, Vol.* 16 (1), 223-245. https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929

Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), Vol.* 18, 41-73. https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.18.05.a

Azpiazu, L., Esnaola, I., & Sarasa, M. (2015). Capacidad predictiva del apoyo social en la inteligencia emocional de adolescentes. *European journal of education and psychology. Vol.* 8 (1), 23-29. https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2015.10.003

Bareiro Aguilar, M. E. (2017). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Revista médica Multimed, Vol.* 21 (6), 971-982. https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688

Barra Almagiá, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud, Vol.* 14 (2), 237-243. https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848

Barrientos Prada, C. & Díaz Gervasi, G. (2018). Relevancia del apoyo social en el estrés y síntomas depresivos en la tercera edad. *Revista de Investigación y Casos en Salud, Vol.* 3 (2), 72 – 82. 10.35626/casus.2.2018.74

Barrio, J. A., García, M. R., Ruiz, I. & Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, Vol.* 1 (1), 37-48. https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología.* McGraw – Hill.

Brenlla, M. E., Aranguren, M., Rossaro, M. F. & Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Interdisciplinaria, Vol.* 27 (1), 77-94. http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v27n1/v27n1a06.pdf

Cabrera, A. C., de los Ríos Uriarte, M. E., & Valdez, P. H. (2021). Análisis de las sensaciones y sentimientos de las parejas con problemas de fertilidad y la influencia de la ayuda e

información recibida. Según un estudio de campo realizado en México en el año 2011. *Vida y Ética*, *Vol.* 21 (2), 139-164. https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/VyE/article/view/3565

Campagne, D. (2008). El estrés, ¿en qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse?. *Papeles del psicólogo*, *Vol.* 29 (2), 197-204. https://www.psychologistpapers.com/pdf/1586.pdf

Carbonero Martín, M. Á. & Tejedor, E. M. (2004). Autoeficacia y madurez vocacional. *Psicothema, Vol.* 16 (2), 229-234. https://www.psicothema.com/pdf/1187.pdf

Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, *Vol.* 31, 425-435. https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012

Cruz Pérez, G. (2018). Desestigmatizando la función del estrés. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, *Vol.* 21(2), 604-620. https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/65292

Diez, M., Morgado, B. & González, M. M. (2016). El apoyo social y la satisfacción vital, factores clave en el caso de las madres adoptivas solas. *Apuntes de Psicología, Vol.* 34 (2-3), 139-149. https://doi.org/10.55414/ap.v34i2-3.605

Domínguez, V. R. (2010). ¿Qué sabemos hoy sobre las relaciones entre estrés e infertilidad? *Revista Médica Clínica Las Condes, Vol.* 21 (3), 463-468. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705599

Escudero Velando, E., Ascenzo Batisttini, M., Remy Paredes, N. (2021). Estimulación ovárica en procedimientos de baja complejidad. *Interciencia Médica, Vol. 11 (2),* 36-41. https://doi.org/10.56838/icmed.v11i2.24

Esquivel, F. T., Jurado-Cárdenas, S. & Sánchez-Escobedo, P. (2021). Estrés, afrontamiento y apoyo social en madres mexicanas con hijos que tienen discapacidad auditiva. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales. Vol. 12 (1)*, 58 – 69. https://doi.org/10.29059/rpcc.20210615-131

Fernández Borbón, H., Gerez Mena, S. & Pineda Bouzon, A. (2015). La reproducción asistida. *Revista de ciencias médicas de Pinar del Río, Vol.* 19 (2), 367-373. https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2032

García Fernández, R., Rodríguez Llaguerri, S., Presado, H., Lavareda Baixinho, C., Martín Vázquez, C. & Libeana Presa, C. (2023). Autoeficacia en la lactancia materna y apoyo

social: un estudio de revisión sistemática. *Nuevas tendencias en investigación cualitativa, Vol. 18*, e875 – e875. https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e875

Garrido Martín, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema, Vol.* 5, 337-347. https://www.redalyc.org/pdf/727/72709923.pdf

González-Ramírez, M. T., García-Campayo, J. & Landero-Hernández, R. (2011). El papel de la teoría transaccional del estrés en el desarrollo de la fibromialgia: un modelo de ecuaciones estructurales. *Actas Españolas de Psiquiatría, Vol*. 39 (2), 81-87. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3424631

Gracia Fuster, E. (2011). *Apoyo social e intervención social y comunitaria*. Desclée de Brouwer. https://www.researchgate.net/publication/278775932_Apoyo_social_e_intervencion_social_y_comunitaria

Guerra, C., Inostroza, R., Villegas, J., Villalobos, L. & Pinto-Cortez, C. (2017). Polivictimización y sintomatología postraumática: el rol del apoyo social y la autoeficacia. *Revista de Psicología, Vol*. 26 (2), 1-10. http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47951

Hernández Velázquez, F. M. & Fernández Sarmiento, D. M. (2022). Atención de la pareja infértil mediante técnicas de reproducción asistida de alta complejidad. *Revista Estudiantil HolCien, Vol. 3 (1)* https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/127

Llaguno Concha, A. Á. (2015). Factores socioepidemiológicos y clínicos presentes en mujeres atendidas en consulta de infertilidad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *Vol.* 41 (4), 365-375. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400006

Mata Barahona, M., Sáenz Ulate, G. & Ramírez Henderson, R. (2007). Infertilidad y control del estrés: una visión desde la medicina conductual. *Revista Reflexiones, Vol.* 86 (1), 77-86. https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11460

Mazzoni, A. (2022). Introducción a la Psicología de la Infertilidad y Reproducción Asistida. Pensando desde la perspectiva del estrés. Psicoinmunoendocrinología, en Grzona, S. & Casari, L. M. (Ed.), *Avances en Psicoterapia Integrativa* (1era Ed., pp. 274-302). Nueva Editorial Universitaria. https://www.researchgate.net/profile/Leandro-Casari/publication/364040014_Avances_en_Psicoterapia_Integrativa/links/6336f2bfff870c55ceea35be/Avances-en-Psicoterapia-Integrativa.pdf#page=273

Merino Tejedor, E. (2010). La expectativa de autoeficacia: su influencia y relevancia en el desarrollo personal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, Vol.* 3 (1), 371-377. https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832326039.pdf

Morales Navarro, M. A., Rojas, L., Laura, A., Guzmán Utreras, E. A. E. & Baeza Ugarte, C. G. (2022). Estrés, Autoeficacia, Apoyo Social y Personalidad en estudiantes de Programa de Acceso y Acompañamiento Efectivo a la Educación Superior. *Revista Educación, Vol.* 46 (1), 354-369. https://doi.org/10.15517/revedu.v46i1.45585

Moreno, A. & Guerra Díaz, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad,* 11-17. https://profmxnew.ferringcloud3.com/wp-content/uploads/2018/05/Homoparentalidad-y-t%C3%A9cnicas-de-Reproducci%C3%B3n-Asistida.pdf#page=14

Moreno Rosset, C., Jurado, R. A. & Río, C. J. (2009). Validación del Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad (DERA). *Psicothema*, *Vol.* 21 (1), 118-123. https://www.psicothema.com/pdf/3604.pdf

Mur, J. A., Pereyra Girardi, C. I. & Cirami, L. (2023). Asociación de la autoeficacia para el afrontamiento del estrés y la ansiedad cognitiva ante exámenes con la sintomatología del estrés de estudiantes universitarios. *Liberabit, Vol.* 29 (2)*)*, e704. https://doi.org/10.24265/liberabit.2023.v29n2.704

Lara Vásquez, C., Medina Fernandez, J. A., Cortez González, L. C., Cortes Montelongo, D. B. & Carrillo Cervantes A. L. (2022). Estrés percibido y apoyo social percibido en cuidadores informales del adulto mayor. *Salud Uninorte, Vol.* 39 (2), 601 – 616. https://doi.org/10.14482/sun.39.02.932.489

Llavona Uribelarrea, L. M. L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, *Vol.* 29 (2), 158-166. https://www.redalyc.org/pdf/778/Resumenes/Resumen_77829202_1.pdf

Olaz, F. (2003). Autoeficacia y variables vocacionales. *Psicología Educativa, Vol.* 9 (1), 5-14. https://journals.copmadrid.org/psed/archivos/82809.pdf

Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, *Vol.* 13 (1), 9-15. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002

Organización Mundial de la Salud (4 de abril de 2023). *La OMS alerta de que una de cada seis personas padece esterilidad.* https://www.who.int/es/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility

Pérez Figueroa, A., González Betancourt, L. & Valdés Arencibia, Y. La resiliencia en la pareja infértil durante el período de inseminación artificial. *Revista de ciencias médicas de Pinar del Río, Vol.* 26 (1), 1-9. https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5366

Pérez Ortega, M. & Barraca Mairal, J. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en los procesos de reproducción asistida. Una revisión. *Edupsikhé: Revista de Psicología y Educación, Vol.* 15 (2), 113-129. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428377

Putin Saura, R., Herrero Esquerdo, O., Ribas Rabert, E. & Corbella, S. (2023). Impacto psicológico de la infertilidad en pacientes que realizan un tratamiento de resproducción asistida. *Calidad de vida y salud, Vol.* 16 (2), 2-25. http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/395

Remor, E. & Carrobles, J. A. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS – 14): estudio psicométrico en una muestra VIH +. *Ansiedad y Estrés, Vol.* 7, 195-201. https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2001/anyes2001a14.pdf

Reyna, C., Mola, D. J., & Correa, P. S. (2019). Escala de Estrés Percibido: análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y Estrés*, *Vol.* 25 (2), 138-147. 10.1016/j.anyes.2019.04.003

Rodríguez Espínola, S. & Enrique, H. C. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate, Vol.* 7, 155-168. https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.433

Ruiz Burgos, J. G., & Flores Medina, R. J. (2018). Las técnicas de reproducción asistida y sus efectos en la conceptualización legal de la maternidad, paternidad y filiación. *Derecho global. Estudios sobre derecho y justicia*, *Vol.* 3 (8), 49-72. https://doi.org/10.32870/dgedj.v0i8.144

Rujas Bracamonte, S., Serrano Gallardo, P. & Martínez Marcos, M. (2021). Descubrir la infertilidad: la experiencia de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida. *Revista Española de Salud Pública, Vol.* 95 (1-13). https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202110131.pdf

Sampieri, R. H., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación (quinta ed.)*. México: Mc Graw-Hill.

Sánchez, E. J. L., Vélez, A. K. Z., Pontón, A. M. D., Cevallos, G. P. T., Barahona, R. E. R., & Santos, B. E. P. (2019). Consecuencias y alternativas para las mujeres con problemas de infertilidad. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, *Vol.* 3 (3), 1572-1585. https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3).septiembre.2019.1572-1585

Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A. M., & Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema, Vol.* 12 (2), 509-513. https://www.researchgate.net/publication/28113008_Escala_de_autoeficacia_general_datos_psicometricos_de_la_adaptacion_para_poblacion_espanola

Santamaría Solís, L. (2000). Técnicas de reproducción asistida. Aspectos bioéticos. *Cuadernos de Bioética, Vol.* 41, 37 – 47. https://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/37.pdf

Sierra, J. C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, *Vol.* 3 (1), 10-59. https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf

Simón, M. D. M., Molero, M. D. M., Pérez Fuentes, M. D. C., Gásquez, J. J., Barragán, A. B. & Martos, A. (2017). Análisis de la relación existente entre el apoyo social percibido, la autoestima global y la autoeficacia general. *European Journal of Health Research, Vol.* 3 (2), 137 – 149. 10.30552/ejhr.v3i2.71

Teló Klaus, R., Dias Costa, M. H., Foletto Pimenta, C., Vasconcellos Mendes, A. & Centenaroe Levandowski, D. (2023). Revelar y tener a alguien con quien contar: infertilidad y apoyo social. *Psicologia: Teoría e Prática, Vol.* 25 (3), 1-22. https://web-p-ebscohost-com.digitalbd.uade.edu.ar/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=93c4e25d-badf-4fe8-9355-75377447602b%40redis

Urdapilleta, L. (1999). Psicología en reproducción asistida de alta complejidad. Características de los pacientes, situaciones generadas en los tratamientos y sus modos de abordaje. *Revista de Medicina Reproductiva, Vol.* 2 (2), 76-83. https://www.researchgate.net/publication/280804589

Veiga, M. C., Puccio, M. F. & Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad?. *Reproducción, Vol.* 28 (3). 79-89. https://www.samer.org.ar/revista/numeros/2013/vol_3/revision.pdf

Viera Molina, M. & Guerra Martín, M. D. (2018). Análisis de la eficacia de las técnicas de reproducción asistida: una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol.* 41 (1), 107-116. https://dx.doi.org/10.23938/assn.0254

Zavala, J. Z. (2008). Estrés y burnout docente: conceptos, causas y efectos. *Educación*, *Vol.* 17 (32), 67-86. https://doi.org/10.18800/educacion.200801.004

10. Anexos

A) Cuestionario Sociodemográfico

Edad:

Género:

Femenino ☐ Masculino ☐

Estado Civil:

Soltera ☐ En pareja igualitaria ☐ En pareja heterosexual ☐

Lugar de Residencia:

C.A.B.A. ☐ G.B.A. ☐

Diagnóstico:

Infertilidad Primaria ☐ Infertilidad Secundaria ☐

Tipo de TRA que realiza:

Baja Complejidad ☐ Alta Complejidad ☐

Realiza tratamiento con:

Gametos Propios ☐ Gametos Donados ☐

B) Percived Stress Scale (PSS-14) / Escala de Estrés Percibido (Cohen et. al., 1983), versión traducida al español del instrumento original (Remor, 2006).

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

		Nunca	Casi Nunca	De Vez en Cuando	A Menudo	Muy a Menudo
1	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	4	3	2	1	0
5	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	4	3	2	1	0

6	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
7	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
8	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
11	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	4	3	2	1	0
14	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

C) MOS Social Support Scale (Sherbourn y Stewart, 1991) / Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido, validación argentina (Rodríguez Espínola y Enrique, 2007).

Las siguientes preguntas refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos ☐ ☐

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda, ¿Con qué frecuencia Ud. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? *(Marque con un círculo uno de los números de cada fila).*

	CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La Mayoría de las Veces	Siempre
2	Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3	Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4	Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5	Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6	Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7	Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8	Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9	En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5

10	Que le abrace	1	2	3	4	5
11	Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12	Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13	Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14	Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15	Que le ayuda en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17	Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18	Con quien divertirse	1	2	3	4	5
19	Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20	A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

D) General Self-Efficacy Scale / Escala de Autoeficacia General (EAG) (Jerusalem y Schwarzer (1992), Adaptación Argentina (Brenlla et. al., 2010).

	Ítemes	Nunca	Pocas Veces	A Veces	Siempre
1	Puedo resolver problemas difíciles si hago el esfuerzo necesario	1	2	3	4
2	Aunque alguien se me oponga, puedo encontrar los medios y la forma de obtener lo que quiero	1	2	3	4
3	Me resulta fácil enfocarme en los fines que persigo y lograr mis objetivos	1	2	3	4
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente situaciones imprevistas	1	2	3	4
5	Gracias a mis capacidades y recursos, sé cómo manejar situaciones inesperadas	1	2	3	4
6	Puedo resolver la mayoría de mis dificultades si me esfuerzo lo suficiente	1	2	3	4
7	Puedo mantener la calma cuando me enfrento a dificultades porque confío en mis habilidades para afrontarlas	1	2	3	4
8	Cuando me enfrento a un problema generalmente puedo encontrar varias soluciones alternativas	1	2	3	4
9	Si tengo problemas, generalmente se me ocurre una solución	1	2	3	4
10	Por lo general, puedo manejar cualquier situación que se me presente	1	2	3	4

E) Consentimiento Informado

Dentro del marco del Trabajo de Integración Final de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Argentina de la Empresa (UADE), Macarena Rinaldi llevará a cabo una investigación con el objetivo de estudiar el "Estrés, Apoyo Social y Autoeficacia en mujeres que realizan Tratamientos de Reproducción Asistida".

Para ello se invita a participar de manera voluntaria y anónima a mujeres adultas de entre 25 y 45 años, que se encuentren realizando tratamientos desde al menos 6 meses, y que residan en C.A.B.A. o G.B.A. Quedan excluidas aquellas mujeres que estén en pareja igualitaria, mujeres que estén buscando ser madres sin pareja y mujeres que utilizan gametos donados. Los datos obtenidos serán absolutamente confidenciales y utilizados únicamente con fines académicos. Las participantes podrán retirarse de la investigación si así lo desean, simplemente cerrando el formulario en cualquier momento y sin que esto genere ningún perjuicio.

En caso de tener alguna duda o consulta sobre la investigación, pueden dirigirse a la dirección marinaldi@uade.edu.ar.

Desde ya, muchas gracias por participar.

Consentimiento Informado:

Acepto participar voluntariamente en la investigación "Estrés, Apoyo Social y Autoeficacia en las mujeres que realizan TRA" realizada por Macarena Rinaldi. Estoy en conocimiento de que mis datos serán resguardados de manera absolutamente confidencial y anónima; que puedo abandonar la investigación cuando desee tan sólo con cerrar el formulario y que esto no me ocasionará ningún perjuicio.

Acepto participar de la investigación ☐