



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL  
SANITARIA**

Curso 2020-2021

Trabajo Fin de Máster

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)  
EN LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DERIVADAS DE UN  
DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

Autora: Irene Pumar Marín

Tutora: M<sup>a</sup> Virtudes Pérez Jover

*Convocatoria: Septiembre 2021*



## Resumen

**Antecedentes:** La infertilidad supone una crisis vital para la pareja que la experimenta. Los estudios sobre sus consecuencias psicológicas son amplios pero se requieren terapias con resultados positivos a largo plazo al tratarse de un diagnóstico que afecta a todo el círculo social que rodea a la pareja infértil. **Objetivo:** Revisar la evidencia disponible sobre la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en las consecuencias psicológicas derivadas de un diagnóstico de infertilidad. **Método:** La búsqueda se llevó a cabo a través de las bases de datos PsicoDOC, PsycInfo, PsycArticles, SCOPUS, PubMed, Web of Science y ProQuest, donde se obtuvieron un total de 8.639 artículos para revisar. Finalmente 4 artículos reunieron los criterios de inclusión, presentándolos, siguiendo el método PRISMA para revisiones sistemáticas. **Resultados:** Los estudios muestran disminución de la ansiedad, depresión y supresión de pensamientos negativos, además de un aumento generalizado en la calidad de vida de las personas con diagnóstico de infertilidad en los grupos de intervención frente a los grupos control. **Conclusiones:** Es necesario seguir estudiando la aplicación de la ACT en las consecuencias psicológicas derivadas del diagnóstico de la infertilidad a largo plazo, especialmente en la pareja infértil.

**Palabras clave:** Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, infertilidad.

## **Abstract**

**Background:** Infertility is a life crisis for the couple that experiences it. Studies on its psychological consequences are extensive, but therapies with long-term positive results are required as it is a diagnosis that affects the entire social circle that surrounds the infertile couple. **Objective:** Review available efficacy on the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the psychological consequences derived from a diagnosis of infertility. **Method:** The search was carried out through the databases PsicoDOC, PsycInfo, PsycArticles, SCOPUS, PubMed, Web of Science and Proquest, where a total of 8.639 articles were obtained to make the review. Finally, 4 articles met the inclusion criteria, presenting them following the PRISMA method for systematic review. **Results:** Studies show a decrease in anxiety, depression and suppression of negative thoughts and feelings, as well as a general increase in the quality of life of people diagnosed with infertility in intervention groups versus control groups. **Conclusions:** It's necessary to continue studying the application of ACT in the psychological consequences derived from the diagnosis of long-term infertility, especially in infertile couples.

**Key words:** Acceptance and Commitment Therapy, ACT, infertility.

## Introducción

La dificultad de tener hijos, cuando existe un claro deseo de tenerlos, resulta ser una de las situaciones más difíciles a las que debe enfrentarse una persona y su pareja. Es por ello que desde la antigüedad el hombre ha querido e intentado controlar muchas de las funciones corporales, entre ellas, la reproducción. Desde los dioses de la fecundidad hasta las últimas técnicas de reproducción asistida, siendo evidentes los avances logrados en el campo de la fertilidad.

A pesar de esto, la sociedad envía un mensaje paradójico, partiendo del mito de la maternidad como hecho universal y de posible “elección”, el cual está en disonancia con el actual papel de la mujer en la cultura occidental, en el que se ofrece la posibilidad de posponer el tiempo que sea necesario la decisión de ser padres. Por un lado, la facilidad de acceso a los métodos contraceptivos y, por otro lado, el aumento significativo en el mundo laboral de la mujer favorece que las parejas alarguen el momento de la concepción hasta que sienten seguridad y estabilidad económica, siendo este retraso coincidente con la disminución de la fertilidad de la mujer. La edad óptima de fertilidad de la mujer es alrededor de los 20 años, la cual disminuye gradualmente a partir de los 30 y significativamente a partir de los 35. Mientras que la edad de las mujeres es un dato relevante a la hora de hablar de la fertilidad humana, los hombres pueden plantearse la paternidad durante un periodo de tiempo más largo y menos condicionado por la edad, siendo los 50 años cuando la curva de fertilidad comienza a declinar. Por esto, los tiempos para determinar el diagnóstico de infertilidad deberían establecerse más cortos cuanto mayor es la edad de la mujer (Moreno-Rosset, 2010).

A la hora de hablar de las dificultades que se encuentran las parejas en el momento de buscar un hijo, debemos destacar dos conceptos, la esterilidad y la infertilidad. Ambos

términos hacen referencia a la imposibilidad de tener hijos, y aunque son tratados por los profesionales como sinónimos, no son exactamente lo mismo, siendo su principal diferencia el momento exacto en el que se produce el problema que impide que el embarazo llegue a término. La esterilidad hace referencia a la incapacidad para concebir, es decir, la incapacidad para lograr un embarazo ya que no se produce la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide. Por otro lado, la infertilidad es la incapacidad de que el embarazo llegue a término, diferenciándose del anterior en que, en estos casos, sí que se produce la concepción, siendo los problemas durante la gestación el momento en el que se impide que la gestación llegue a término. En la infertilidad sí se produce la fecundación, pero el embrión no es capaz de implantarse en el útero o no es capaz de desarrollarse hasta el final. Por ello, haciendo referencia al embrión y su capacidad de desarrollo y evolución en relación a la infertilidad, se encuentra el fallo de implantación, el cual es la alteración que se produce de forma temprana ya que el embrión no es capaz de implantarse en el endometrio uterino, y el aborto, en el cual la gestación se detiene en estadios más avanzados del desarrollo embrionario o fetal. Esta diferencia no es solo conceptual ya que los estudios realizados para conocer las causas y los tratamientos orientados a su solución son totalmente diferentes.

La infertilidad puede ser de dos tipos: primaria o secundaria. La infertilidad primaria hace referencia a no llevar a término un embarazo clínico sin antes haber tenido hijos, y la infertilidad secundaria es cuando se ha logrado tener un hijo previamente y conseguir otra gestación que finalmente no llega a término.

Aunque tradicionalmente se han referido a la infertilidad cuando se producían tres o más pérdidas gestacionales, en la actualidad se inicia el estudio y el tratamiento cuando

hay dos de estas pérdidas debido al gran sufrimiento emocional que supone en las parejas que han perdido un embarazo deseado.

La infertilidad es un problema frecuente. Se estima que 1 de cada 4 parejas deben hacer frente a este diagnóstico, lo cual puede deberse a la tendencia que existe a retrasar la maternidad/paternidad, llevando a las parejas a tener problemas para concebir.

Según Veiga (2013), el problema de la infertilidad destaca a nivel mundial por su nivel de afectación, ya que no solo es trascendental en la pareja infértil sino también en el sistema familiar y social que lo rodea, siendo evidentes las complejas relaciones que existen entre los factores psicológicos y la fertilidad (Álvarez, 2019), por lo que puede generar un alto nivel de estrés en aquellas parejas que la padecen, siendo significativas las implicaciones culturales que esto conlleva, donde se encuentran las expectativas sociales y personales de los pacientes, la pareja y su entorno.

Tradicionalmente, los problemas de fertilidad y concepción han sido tratados en sus dimensiones biomédicas (Álvarez, 2019), sin embargo, cada vez más se estudia desde una manera interdisciplinaria e integral, destacando la importancia que tienen los aspectos psicológicos en esta situación que afecta a la historia vital de la pareja (Pérez y Barraca, 2016; Domínguez, 2002). La infertilidad implica una crisis vital importante que desencadenará alteraciones psicológicas significativas.

Las reacciones emocionales impactan en los pacientes desde el momento del diagnóstico, durante todo el proceso del tratamiento en las Unidades de Reproducción Asistida, y en los repetidos intentos por alcanzar el embarazo a término. Esto supone que se puede desarrollar estrés, ansiedad y desajustes emocionales a lo largo de todo el proceso (Veiga, 2013), lo que, además, puede traducirse en una disminución de la

calidad de vida (Pérez, 2016). Además, debido a la crisis personal que esto supone, se produce una devaluación del autoconcepto (Llavona, 2008).

El aspecto más destacado de la crisis que genera un diagnóstico de infertilidad es que muchas veces se convierte en una crisis crónica, de manera que ante esta crisis que supone el diagnóstico, se le suman nuevos eventos estresantes (embarazos ectópicos, pérdidas recurrentes de embarazos, una cirugía laparoscópica de diagnóstico, repetidos fallos en los tratamientos de reproducción asistida, etc.) (Lalos, 1999) que impiden continuamente a las parejas la adaptación a esta situación, de manera que la variable mantenedora de esta crisis crónica es la continua frustración del deseo de paternidad/maternidad biológica (Veiga, 2013).

A lo largo de la vida, las personas experimentan pérdidas que son evidentes, como podría ser la pérdida de un ser querido o el diagnóstico de una enfermedad crónica, siendo la pérdida asociada a la infertilidad una pérdida invisible, además de prolongada (Lindsey y Driskill, 2013). Por otra parte, el duelo que se experimenta en la infertilidad se ve prolongado ya que, al tratarse de una pérdida incierta, se podría seguir esperando un embarazo en cualquier momento (Lacobelli, 2018). Es por ello que las etapas que se siguen no son las planteadas por Elizabeth Kubler Ross (1969), ya que son oscilantes a lo largo de diferentes etapas de la vida. Un estudio de seguimiento a largo plazo (Bryson et al. 2000) reveló que en comparación con las mujeres que finalmente habían concebido o que habían adoptado, las mujeres que tuvieron una fecundación in vitro (FIV) fallida informaron de tasas más elevadas de depresión y estrés, niveles más bajos de autoestima y calidad de vida.

Si bien no es lícito plantearnos un tratamiento psicológico de la infertilidad como diagnóstico al tratarse de un diagnóstico médico, la orientación e intervención



psicoterapéutica ofrece la oportunidad para elaborar y manejar adecuadamente las experiencias y las difíciles situaciones que atraviesan las personas con dicho diagnóstico (Ávila y Moreno-Rosset, 2008).

En los últimos años han surgido nuevas terapias psicológicas llamadas terapias de tercera generación (TTG) (Hayes, 2004), las cuales siguen una perspectiva interactiva, funcional y contextual, de manera que el trastorno no se encuentra dentro de la persona, sino que es la persona la que se encuentra en unas circunstancias o situación problemática (Ruiz, Días y Villalobos, 2012). Suponen un salto cualitativo ya que las técnicas están orientadas a que la persona actúe con la responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados, no a la evitación y reducción de los síntomas.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy - Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002; Hayes, 2004), en adelante ACT, se ha desarrollado a lo largo de los últimos 30 años. ACT es la más completa de las nuevas terapias contextuales (Luciano, 2006) y cuenta con un sólido fundamento teórico, la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR), la teoría del lenguaje y de la cognición humana, que se encuadra dentro del conductismo radical, el cual se asienta sobre el contextualismo funcional, considerando las cogniciones como conductas y, por ende, estas estarán sujetas a las mismas leyes que cualquier otro comportamiento.

Se estructura en base a dos conceptos principales: la evitación experiencial y los valores personales, siendo el primero el que nos indica el motivo del mantenimiento de los trastornos, y por lo tanto, del sufrimiento de las personas. Los valores personales, son entendidos como guías de actuación para ir en dirección de la realización personal.

Las premisas sobre las que se sustenta afirman que el problema de la persona no es tener pensamientos o sentimientos negativos, sino el modo en que la persona reacciona ante ellos, de manera que se les considera comportamientos que dependen del contexto actual e histórico de la persona. Además, la intención de no sufrir o tener que estar bien para poder continuar con la vida no se ajusta a la realidad, por lo que la ACT considera que tener una actitud de evitación experiencial es una elección restrictiva que puede afectar a la vida.

El objetivo principal de la ACT es producir una mayor flexibilidad psicológica en situaciones donde la evitación experiencial prevalece y no permite a la persona vivir con plenitud, de manera que no se trata de cambiar o reducir esos pensamientos molestos, sino que se trata de alterar su función y de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento (Luciano, 2006).

A diferencia de las terapias cognitivo-conductuales, ACT no tiene una manera de trabajar de manera estructurada, por lo que tiene una actuación flexible siguiendo diferentes estrategias en función de los objetivos y pasos que se deban seguir, adaptándolo a cada caso y al momento concreto de intervención.

Una de sus ventajas es que sus resultados se han mostrado específicamente exitoso durante el seguimiento, resultando también muy eficaz para evitar la cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados (Hayes et. al., 2006).

En resumen, la ACT se trata de un tratamiento centrado en las acciones valiosas para cada persona, la cual contempla el malestar y el sufrimiento como algo normal en la vida de las personas, promoviendo el análisis funcional de los comportamientos del paciente de manera que esta experiencia es la clave para el tratamiento, teniendo siempre en cuenta que aprender a resistirse al sufrimiento es lo que lleva al sufrimiento

patológico. Por ello, el objetivo es flexibilizar la reacción al malestar, rompiendo la rigidez del patrón de evitación destructivo o la desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como manera fundamental para vivir. Por ende, esto implica aprender “a caer y a levantarse”, siendo esto imprescindible para elegir actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

Ha resultado eficaz para evitar cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados.

### **Justificación**

La infertilidad supone una crisis emocional relacionada con la frustración ante la necesidad de convertirse en padres que concierne a ambas partes de la pareja (Malina, 2016). La perspectiva psicológica está relacionada con la pérdida de la autoevaluación, el incremento de los niveles de estrés y la disminución del estado de ánimo. Además, está relacionado con la pérdida de la sensación del atractivo físico, la confianza entre los miembros de la pareja, la autoestima, la esperanza y la sensación de seguridad. La incapacidad para concebir un hijo es una distorsión natural del equilibrio psicológico de la unidad y es comparable con el luto después del fallecimiento de una persona cercana o la experiencia de sufrir una enfermedad grave (Veiga, 2013; Malina, 2016). Otra característica que hace de esta enfermedad un problema es que, en la mayoría de los casos son dos las personas implicadas, independientemente de quién sea en la que se localice la disfunción, por lo que se extiende a la pareja, considerándose el término de “parejas infértiles” (Llavona, 2008).

Las personas que experimentan esta crisis crónica de no tener hijos la ven reavivada a lo largo de su ciclo vital debido a sucesos de su vida personal que les recuerda su ausencia de maternidad/paternidad, siendo además notoria esa crisis en el momento en el que esperarían ser abuelos, volviendo a generar esa frustración por lo tener nietos (Llavona, 2008).

Las personas que se enfrentan a este duelo no han fallado en la elaboración de éste sino que al haber sufrido una pérdida ambigua, esta es inconclusa, siendo la pérdida de una posibilidad o de la esperanza de un hijo idealizado, pero que nunca se llegó a conocer. Es por ello que en vez de hacer un cierre, habitual en el tratamiento del duelo, el objetivo terapéutico es ayudar a las personas a encontrar un sentido a lo ocurrido, integrándolo en su propia historia (Lacobelli et al., 2018).

Las consecuencias de este diagnóstico llevan hacia una evitación experiencial en amplios ámbitos de la vida, viéndose por ejemplo afectadas las relaciones sexuales, convirtiéndose en “programadas, decepcionantes y presionadas”. Además, se produce una retirada de contactos sociales como forma de autoprotección ya que creen que otras personas no podrán comprender su experiencia de no tener hijos en un estilo de vida donde la procreación es un fin. Además, este punto se acentúa a lo largo de todo el ciclo vital en el momento en el que su círculo sí que avanza hacia la transición a la maternidad/paternidad (McBain y Reeves, 2019).

La literatura ya muestra un amplio repertorio de estudios donde se muestra la efectividad y la eficacia de la aplicación de la ACT en trastornos de depresión, psicosis, trastorno por consumo de sustancias, dolor crónico, trastornos de alimentación, estrés relacionado con el trabajo y otros problemas, y esto es gracias a la teoría que subyace a

la ACT, siendo la Teoría de los Marcos relacionales (TMR) la que sugiere que el lenguaje en sí crea los problemas que la ACT está tratando de resolver.

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Realizar una revisión sistemática de la literatura que analiza la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en las consecuencias psicológicas y sociales derivadas de un diagnóstico de infertilidad.

### ***Objetivos específicos***

- Identificar si el tratamiento psicológico con ACT reduce los principales síntomas psicológicos derivados de un diagnóstico de infertilidad.
- Identificar si la aplicación de la ACT reduce los síntomas de ansiedad por infertilidad.
- Identificar si la aplicación de la ACT reduce los síntomas de depresión por infertilidad.
- Identificar si la aplicación de la ACT reduce la evitación de los pensamientos negativos.
- Identificar si la aplicación de la ACT mejora la calidad de vida de las mujeres, hombres o parejas que sufren infertilidad.

## **Método**

### **Método de búsqueda**

La estrategia de búsqueda se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones para revisiones sistemáticas PRISMA (Moher et al., 2009; Urrútia y Bonfill, 2010).

Se realizó una búsqueda previa en Cochrane Library y Scholar Google para determinar las posibles revisiones sistemáticas realizadas con anterioridad acerca de la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un diagnóstico de infertilidad.

La revisión se ha realizado sin restricciones de año y realizando las búsquedas utilizando el operador lógico AND.

### **Criterios de elegibilidad**

#### ***Criterios de inclusión***

1. Los idiomas seleccionados para la revisión de artículos, incluyen textos en español e inglés.
2. Se incluyen aquellos estudios cuya muestra sean parejas infértiles, hombres y/o mujeres con un diagnóstico de infertilidad.
4. Participantes involucrados han recibido Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

#### ***Criterios de exclusión***

1. Aquellos que traten la parte médica de la infertilidad.
2. No se tendrán en cuenta aquellos artículos que no estén completos para su análisis.

## Fuentes de información

Las bases de datos fueron consultadas por última vez el 1 de agosto de 2021 a través de la base de datos SCOPUS, PubMed, Web of Science y ProQuest y la plataforma EBSCOhost para acceder a PsycInfo, PsicoDOC.y PsycArticles.

## Búsqueda

Las principales búsquedas se han realizado siguiendo las palabras clave: *Acceptance and Commitment Therapy, Infertility*, Terapia de aceptación y compromiso e Infertilidad, siguiendo el método booleano y utilizando el operador lógico AND.

Las combinaciones realizadas fueron “*acceptance and commitment therapy AND infertility*” y “*terapia de aceptación y compromiso AND infertilidad*”. Se muestra en la Tabla 1 los diferentes resultados en las diferentes bases de datos.

**Tabla 1.** Resumen de búsquedas en las diferentes bases de datos.

	<i>“acceptance and commitment therapy AND infertility”</i>	<i>“terapia de aceptación y compromiso AND infertilidad”</i>
<b>SCOPUS</b>	11	-
<b>PUBMED</b>	4	-
<b>WEB OS SCIENCE</b>	15	1
<b>PROQUEST</b>	8.497	108
<b>EBSCOhost*</b>	3	-

\*PsicoDOC, PsycInfo, PsycArticles

## **Selección de estudios**

Para la selección de estudios, se hizo la lectura del título, el resumen, y finalmente, su contenido completo, asegurándonos de este modo la mayor cantidad de estudios analizados para su inclusión en la revisión.

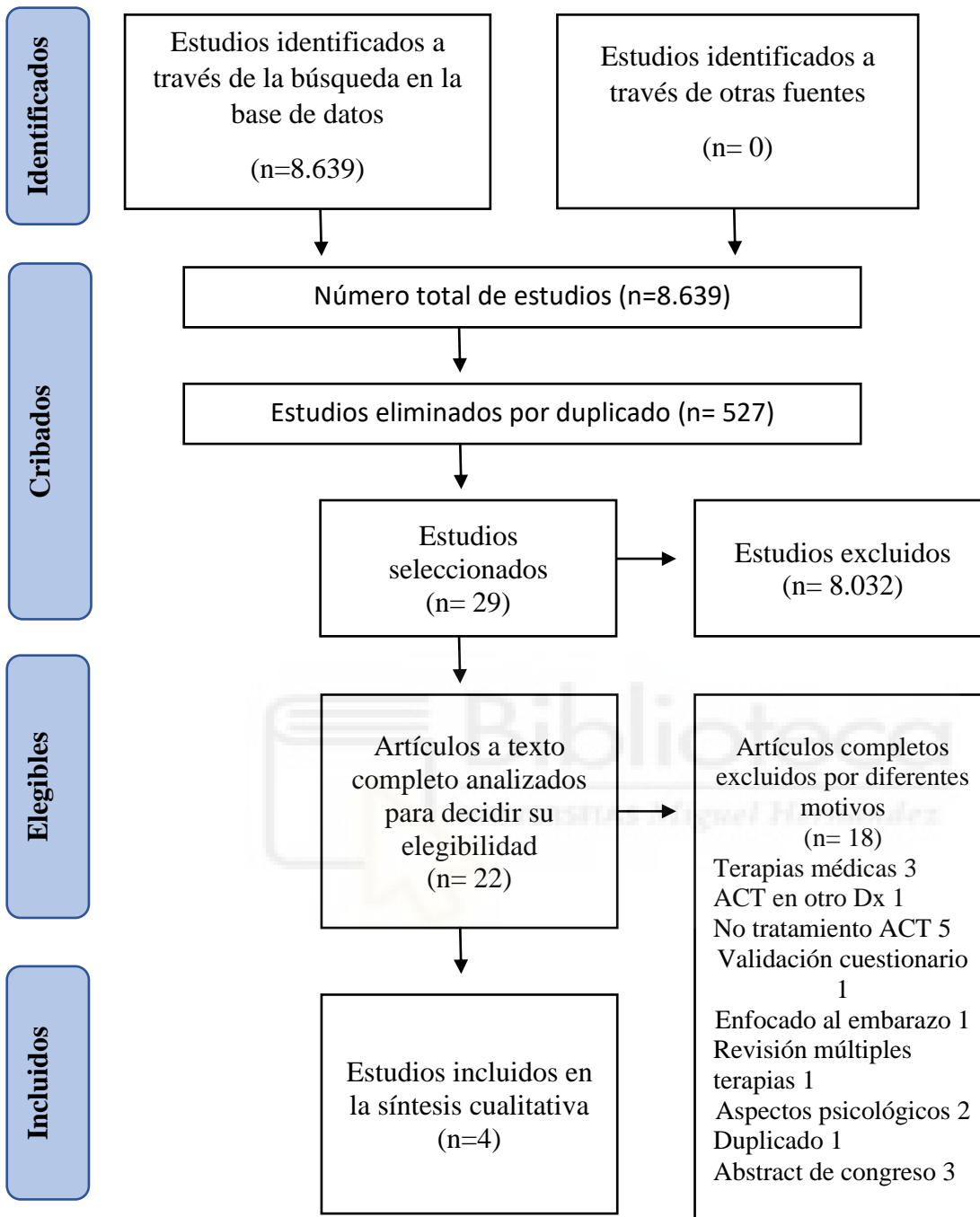
## **Resultados**

### **Selección de estudios**

Como se muestra en la Figura 1, de la búsqueda en las diferentes bases de datos se extrajeron un total de 8.639 artículos potenciales de valoración, de los cuales se eliminaron 527. Se analizaron un total de 8.112 artículos tras la eliminación de los duplicados, a los cuales se les aplicaron los criterios de inclusión y exclusión. Tras este cribado, se obtuvieron finalmente 22 artículos a texto completo para decidir su elegibilidad, siendo 4 los artículos incluidos en la presente revisión.



**Figura 1. Diagrama de flujo**



Desde: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Med* 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

## **Características de los estudios**

La Tabla 2 muestra los objetivos, el tipo de diseño, la muestra, duración de la terapia y seguimientos que se realizaron, los instrumentos utilizados y los resultados obtenidos. El número de participantes de los estudios oscila entre 2 y 92 sujetos, siendo población clínica. En esta revisión se incluyen resultados de 237 participantes, de los cuales el 76,8% son mujeres y el 23,2% hombres.

Uno de los artículos es un estudio de caso (Peterson y Eifert, 2011), dos de ellos son ensayos clínicos aleatorizados (Rahimi, Attarha y Majidi, 2018; Hosseinpanahi et al., 2020), y el último es un ensayo clínico controlado (Galhardo, Cunha y Pinto-Gouveia, 2013), siendo la publicación de estos entre 2011 y 2020.

En relación con el objetivo que persigue cada uno de ellos, Peterson y Eifert (2011) evalúan el uso de la ACT para tratar el estrés por infertilidad. Otros dos de ellos evalúan el efecto de la aplicación de la ACT sobre la calidad de vida, uno de ellos exclusivamente de las mujeres (Rahimi, Attarha y Majidi, 2019) a lo largo de un tratamiento de infertilidad y otro la calidad de vida de las parejas infértiles, además de la salud mental de éstos (Housseinpanahi et al., 2020). Galhardo, Cunha y Pinto-Gouveia (2013) aplican un programa basado en el mindfulness para la infertilidad, el cual está basado en los principios básicos de la ACT, motivo por el que se ha incluido el trabajo en la revisión actual. Además de su objetivo principal, todos los trabajos incluyen recogida de datos sociodemográficos y medidas sobre otros factores psicológicos que pueden ser consecuencia del diagnóstico de infertilidad. En el 75% de los estudios la muestra se recoge en centros específicos de reproducción ya sea por ser este su centro de infertilidad de referencia (Housseinpanahi, et al., 2020; Rahimi, Attarhe y Majidi, 2018), o por ser derivados por otro especialista a terapia psicológica por las

consecuencias psicológicas derivadas del diagnóstico y los fallos en los tratamientos (Peterson y Eifert, 2011). Solo un estudio (Galhardo, Cunha y Pinto-Gouveia, 2013) hizo el reclutamiento de la muestra a través de un anuncio en la página web de la Asociación Portuguesa de Fertilidad.

Los criterios de inclusión y exclusión se presentan en aquellos estudios que trabajan con grupos. Todos exigen una mayoría de edad como criterio de inclusión, aunque uno de ellos exige un mínimo de 20 años, a excepción de los otros dos que exigen 18 años. Además, el 66,66% de ellos pone como límite de edad de los participantes los 45 años. Todos exigen un diagnóstico de infertilidad, aunque varíe la temporalidad, sin pedir tiempo mínimo ni máximo desde el diagnóstico a tener el diagnóstico entre 1 y 10 años. El 66,66% exige un nivel mínimo de estudios para acreditar conocimientos de lectura y escritura debido a las tareas que hay que realizar a lo largo del tratamiento. Además, tienen como criterio no tomar medicación psiquiátrica o drogas y no padecer una enfermedad mental o física crónica. Uno de los estudios tiene como criterio de inclusión haber tenido un tratamiento de reproducción asistida fallido y a diferencia de este, otro estudio tiene como criterio de inclusión no haber hecho frente a ningún tratamiento de infertilidad. Como criterios de exclusión, 66,66% de los artículos destacan no haber sufrido un evento traumático como la muerte de un familiar o una enfermedad 6 meses antes de la intervención y no tener un resultado positivo de embarazo a lo largo del tratamiento. Otro artículo también muestra como criterio de exclusión no asistir a dos sesiones o más y la no realización de las tareas para casa que se hacen entre sesiones.

Hay una amplia variedad de herramientas utilizadas para medir las variables que pretenden estudiar (ver Tabla 2), siendo el *Fertility Quality of Life Questionnaire* (FertiQol) el único repetido en el 50 % de los estudios (Housseinpanahi, et al., 2013; Rahimi, Attarha y Majidi, 2018). Este cuestionario está validado de manera

internacional con una validez medida con el alfa de Cronbach en un rango de 0.72-0.92 para las subescalas, pero se ha estudiado su validez en Irán, lugar donde se ha aplicado en este trabajo, y tiene una validez de .90 para todo el cuestionario. El resto de los cuestionarios utilizados tienen una alta validez también, encontrándose todos en valores entre .82 y .93.

El número de sesiones varía en función del tipo de estudio, ya que en el estudio de caso (Peterson y Eifert, 2011) realizaron 20 sesiones finalizando la terapia cuando los participantes sentían que podían manejar por ellos mismos los estresores derivados del diagnóstico. En los otros 3 estudios, el número de sesiones oscila entre 8 y 11, realizándose en el 75% de manera semanal y en el 25% dos sesiones por semana. En el 50% de los estudios las sesiones duran 1 hora, y las demás 90 minutos. En los diferentes estudios, las sesiones comienzan con una introducción a la terapia, y en las siguientes sesiones trabajan los diferentes aspectos de la ACT, además de introducir el uso de metáforas. Las sesiones trabajan la desesperanza creativa, la atención plena y la aceptación compasiva. En las diferentes terapias también trabajan la defusión cognitiva, tratando de desactivar los pensamientos y sentimientos indeseados utilizando técnicas como la respiración consciente. Además, trabajan ejercicios de exposición. Al final de la terapia, se entrega a los participantes un CD donde se recogen diferentes técnicas y ejercicios para que puedan llevarlo a la práctica en sus domicilios y así poder mantener en el tiempo los resultados obtenidos.

En cuanto al seguimiento, también se encuentran diferencias, variando desde la no existencia de seguimiento, solo la medida post-test al finalizar la terapia (Galhardo, Cunha y Pinto-Gouveia, 2013), seguimiento de un mes realizando la medida post-test en este momento (Housseinpanahi, et al., 2013; Rahimi, Attarha y Majidi, 2018), y seguimiento a los 3 meses y al año (Peterson y Eifert, 2011).

**Tabla 2.** Características de los artículos incluidos.

Autor	Tipo diseño	Objetivo	Muestra (N)*	Duración	Seguimiento	Instrumentos utilizados	Resultados	Eficacia
Peterson y Eifert, 2011	Estudio de caso	Estudiar efectividad ACT en estrés por infertilidad.	N=2 IM: 1 IH: 1	20 sesiones	3 meses 1 año	Fertility Problem Inventory (FPI) Beck Depression Inventory-II (BDI-II) The Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2) The 15-item Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) The White Bear Suppression Inventory (WBSI) The Dyadic Adjustment Scale (DAS).	Mujer: disminución significativa del estrés, especialmente el estrés social y la depresión Hombre y mujer: disminución de la angustia psicológica y la supresión de pensamientos aversivos.	Los resultados se mantuvieron en los sucesivos seguimientos.
Rahimi, Attarha y Majidi, 2019	Ensayo clínico aleatorizado	Investigar efecto de ACT en la calidad de vida de mujeres en FIV	N=40/35** IM=20/18** CM=20/17**	G. ACT: 11 sesiones de 90min, 2/semana. G. control: no intervención	1 mes	Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQol)	Diferencias significativas. en post-test entre G ACT y G. control; mejora de la calidad de vida en todos sus componentes.	Resultados con diferencias significativas en el post.

Hosseinpanahi, et al., 2020	Ensayo clínico aleatorizado	Estudiar el efecto de la aplicación de ACT en la salud mental y calidad de vida de parejas infértiles.	N= 108 116/54** I=27 parejas C=27 parejas	G. ACT: 8 sesiones de 90 min, 1/semana.  G. control: no intervención.	1 mes	Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQol)  General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)	Mujeres y hombres: disminución sign en las medidas de salud mental en G.ACT y aumento significativo de la calidad de vida en G.ACT frente a G.control	Resultados positivos.
Galhardo, Cunha y Pinto-Gouveia, 2013	Ensayo clínico controlado	Presentar y determinar e impacto del Programa basado en mindfulness para infertilidad (MBPI)	N=102/92** IM=61/55** CM=41/37**	G. MBPI: 10 semanas.  Mujeres: 1/semana- 2h. except 1s-1día entero.  Hombres: 3 sesiones	-	Beck Depression Inventory (BDI)  State Anxiety Inventory form Y (STAY-Y1)  Others As Shamer (OAS)  Experience of Shame Scale (ESS)  Entrapment Scale (EE)  Defeat Scale (DS)  Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)  Self-compassion scale (SCS)  Infertility Self-Efficacy Scale (ISE)  Frieburg Mindfulness Inventory (FMI)	Diferencias significativas pre-post en depresión, vergüenza, fracaso, inflexibilidad cognitiva, juicio crítico y autoeficacia.  Las interacciones significativas tiempo/grupo se dieron en depresión, vergüenza, fracaso y autoeficacia.	Resultados positivos

\*I: intervención C: Control M: Mujer H: Hombre

\*\*Muestra final

### ***¿La ACT reduce los síntomas de ansiedad por infertilidad?***

En el artículo de Peterson y Eifert (2011), se observa una disminución significativa en los 5 tipos de estrés que se miden (global, social, sexual, de pareja y necesidad de paternidad) en la mujer, siendo el más significativo el estrés social, que pasó de un percentil 98 a un 50 tras el FIV fallido, nombrando la importancia de la reducción de pensamientos aversivos y el aumento de la aceptación consciente como determinantes para contribuir a la reducción del estrés social por infertilidad

Por el contrario, en el artículo de Hosseinpanahi, et al. (2020), miden la escala ansiedad e insomnio, en la cual los hombres mantienen las mismas puntuaciones tiempo/grupo, produciéndose ligeros cambios en el grupo de las mujeres, en el cual en el grupo de intervención se produjo un ligero descenso de las puntuaciones y, por el contrario, se produjo un aumento en las puntuaciones post en el grupo control, pero sin llegar a ser unos cambios significativos ( $p=.013$  en hombres y mujeres). En el artículo de Galhardo, Cunha y Pinto-Gouveia (2013) tampoco se muestra una disminución significativa en la reducción de la ansiedad ( $n2p=.02$ ).

Solo 3 de los 4 artículos analizados estudian el efecto de la ACT en la ansiedad por infertilidad, y a pesar de estar demostrada la efectividad de la ACT en la disminución de la ansiedad, no podemos decir que los resultados en la ansiedad por infertilidad sean concluyentes y debería de estudiarse más.

### ***¿La ACT reduce los síntomas de depresión por infertilidad?***

En el artículo de Peterson y Eifert (2011), al comienzo de la terapia la mujer mostró puntuaciones de depresión severa ( $x=32$ ) y disminuyeron a niveles de no depresión ( $x=3$ ) antes de la transferencia del embrión, manteniéndose hasta el seguimiento del año. Es significativo que su depresión tampoco aumentó tras la segunda FIV fallida. En

el artículo de Galhardo, Cunha y Pinto-Gouveia (2013) también muestra una interacción positiva de los efectos tiempo/grupo ( $n_2p=.08$ ), siendo las diferencias significativas entre los tiempos pre-post de las medidas ( $p=<.001$ ).

Por el contrario, en el artículo de Hosseinpanahi, et al. (2020), los resultados no muestran diferencias significativas en las puntuaciones de depresión, a pesar de haber reducido los síntomas en mujeres ( $p=.007$ ) y en los hombres ( $p=.054$ ).

Podemos observar que la aplicación de la ACT reduce los síntomas de depresión por infertilidad.

### ***¿La ACT reduce la evitación de los pensamientos aversivos?***

En cuanto a los pensamientos aversivos, se ha demostrado que los ejercicios de exposición mejoran la intensidad y el estrés relacionado con las situaciones a las que deben hacer frente las parejas. Además, el estrés relacionado con estar en situaciones difíciles disminuyó conforme aumentaron los niveles de apertura a su experiencia, por lo que una vez que practican la aceptación compasiva, el estrés por infertilidad fue más manejable para ellos.

### ***¿La ACT mejora la calidad de vida de las mujeres, hombres o parejas que sufren infertilidad?***

En el estudio de Rahimi, Attarha y Majidi (2019) el grupo ACT mostró un aumento significativo ( $p=.001$ ) en las puntuaciones pre-post en la variable general de calidad de vida en respuesta al cuestionario FertiQol (53.7-69.3) mientras que en el grupo control no se produjo ninguna variación pre-post ( $p=.6$ ), además en el grupo control tampoco se produjeron diferencias entre el pre-post de los diferentes componentes de la calidad de vida. Sin embargo, en el post-test sí que se produjeron diferencias significativas entre los grupos en la medida general ( $p=.001$ ) y en las diferentes subescalas: mente cuerpo



( $p=.02$ ), emocional ( $p=.001$ ), relacional ( $p=.001$ ), social ( $p=.018$ ) y tolerancia al tratamiento ( $p=.005$ ). Previo a la aplicación de la terapia no existían diferencias entre ambos grupos, por lo que los resultados nos muestran que la ACT es eficaz en mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los factores estresantes de la infertilidad.

En el estudio de Hosseinpanahi et al. (2020), podemos observar que en la medida general de calidad de vida en la infertilidad es significativamente mayor en las mujeres del grupo de intervención que el grupo control 1 mes después de la finalización del tratamiento (m.a: 14.4; CI: 0.95: 10.2 – 20.5;  $p=>.001$ ) y en los hombres (m.a: 14.0; CI: 0.95: 10.2 – 17.7;  $p=>.001$ ). En las otras subescalas del cuestionario, también se observa un aumento significativo de las diferencias del grupo tratamiento frente al grupo control tanto en hombres como en mujeres ( $p=>.001$ ). En el artículo de Galhardo, Cunha y Pinto-Gouveia (2013) también se muestran cambios significativos en la percepción de los sujetos para hacer frente a sus cogniciones, emociones y capacidades comportamentales para tratar con la infertilidad. Las diferencias entre medidas pre-post muestran diferencias significativas ( $p=.001$ ;  $n2p=.17$ ) siendo también significativas las diferencias tiempo/grupo ( $p=<.001$ ;  $n2p=.13$ ). El grupo que recibió tratamiento muestra diferencias significativas en sus medidas pre-post ( $p=<.001$ ;  $n2=.40$ ).

La aplicación de la ACT mejora la calidad de vida de los pacientes, al mejorar de forma general muchos de los aspectos que son consecuencia del diagnóstico de infertilidad.

## Discusión

Con este estudio se pretende hacer una revisión de la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en las consecuencias psicológicas derivadas de un diagnóstico de infertilidad.

Los trabajos de esta revisión muestran que todas las personas que hacen frente a un diagnóstico de infertilidad tienen consecuencias tanto psicológicas como sociales, siendo la ansiedad por infertilidad y la calidad de vida los aspectos más estudiados, pero apareciendo también depresión, angustia psicológica, síntomas somáticos, sensación de vergüenza y de fracaso, viéndose alteradas también sus relaciones de pareja, familiares y sociales. Por todo esto, la terapia psicológica en aquellas parejas infértiles es necesaria. Además, se ha podido comprobar, como remarcan en la literatura, que las mujeres experimentan niveles de ansiedad superiores a los que experimentan los hombres (Álvarez, et al., 2019; Moreno-Rosset, 2000).

En los resultados de este estudio se ha podido observar que la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso ha ayudado a mejorar los síntomas psicológicos y la calidad de vida de las parejas infértiles, siendo importante la potenciación de la percepción de control de la situación de las parejas, y la aceptación de la situación y las emociones que conllevan.

A la hora de realizar este trabajo, una de las limitaciones a las que tenemos que hacer frente es el tamaño de los grupos, siendo estos relativamente pequeños. Por otra parte, todos los sujetos con los que se ha trabajado se han presentado de forma voluntaria al tratamiento, por lo que la predisposición al cambio ayuda a los cambios significativos que se han producido y que se observan en los resultados tras los análisis de los resultados.

A pesar de ser una terapia de tercera generación con beneficios muy positivos a largo plazo en otras patologías, apenas se han encontrado estudios que tratasen la aplicación de la ACT en las consecuencias psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico de infertilidad, y estos, además, tienen pocas medidas de seguimiento a largo plazo, por lo que sería conveniente estudiar sus resultados a largo plazo teniendo en cuenta que son significativos todos los cambios que se producen a corto plazo.

Para investigaciones futuras, si tenemos en cuenta que la infertilidad es un problema que afecta no sólo a la mujer sino a la pareja en su conjunto, los estudios no deberían centrarse sólo en la aplicación de la terapia en las mujeres, sino en la intervención conjunta de la pareja para que la sintomatología disminuya y por ende, la calidad de vida de la pareja infértil y las relaciones de pareja positivas aumenten. Por otro lado, sería necesario realizar más estudios longitudinales, con mayor número de datos de seguimiento para poder cerciorarnos que los resultados de la aplicación de la terapia sean positivos a largo plazo.

## Bibliografía:

- Álvarez, N. E., Hernández, L. A. y Rodríguez, M. E. (2019). Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria. *Revista Electrónica Medimay*, (26)1, 75-87. ISSN: 2520-9078
- Ávila, A. y Moreno-Rosset, C. (2008). LA intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 186-196. ISSN: 0214-7823
- Bryson, C. A., Sykes, D. H., y Traub, A. I. (2000). In vitro fertilization: a long-term follow-up after treatment failure. *Human Fertility*, 3(3), 214-220. <http://doi.org/10.1080/1464727002000199011>
- Domínguez, R. (2002). Psicología e infertilidad. *Revista Médica Clínica Condes*, 13(1).
- Galhardo, A., Cunha, M. y Pinto-Gouveia, J. (2013). Mindfulness-Based Program for infertility: efficacy study. *Fertility and sterility*, 100(4), 1059-1067. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.05.036>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the thir wave of behavioural and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Stroschal, K. D. y Wilson K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

Hosseinpanahi, M., Mirghafourvand, M., farshbaf-Khalili, A., Esmaeilpour, K., Rezaei, M. y Malakouti, J. (2020). The effect of counseling base don acceptance and commitment therapy on mental health and quality of life among infertile couples: a randomized controlled trial. *Journal of education and health promotion, (9)*. [http://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_512\\_20](http://doi.org/10.4103/jehp.jehp_512_20)

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. The Macmillan Company.

Lacobelli, V., Martínez, A., Correa, C., Castro, M. I., Yunis, Y., Vlastelica, J. (2018). Adopción y duelo por infertilidad. Un modelo de trabajo. *De Familias y Terapias, (45)*, 79-92.

Lalos, A. (1999). Breaking bad news concerning fertility. *Human reproduction (14)*3, 581-585.

Lindsey, B. y Driskill, C. (2013). The psychology of infertility. *International Journal of Childbirth Education, 28*(3), 41-47. ISSN: 0887-8625

Llavona, L. M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo, 29*(2), 158-166. ISSN: 0214-7823

Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo, 27*(2), 79-91. ISSN: 0214-7823

Malina, A., Blaszkiewicz, A. y Owczarz, U. (2016). Psychosocial aspects of infertility and its treatment. *Ginekologia Polska (87)*7, 527-531. <http://doi.org/10.5603/GP.2016.0038>

McBain, T. D. y Reeves, P. (2019). Women's experience of infertility and disenfranchised grief. *The Family Journal: Counseling and Therapy por*

*Couples and Families*, 27(2), 156-166.

<https://doi.org/10.1177/1066480719833418>

Moreno-Rosset, C. (2000). Ansiedad y depresión: Principales trastornos asociados a la infertilidad. *Informació Psicològica*, 12(73), 12-19.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., y el Grupo PRISMA. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Moreno-Rosset, C. (2010). *Infertilidad*. Pirámide

Pérez, M. y Barraca, J. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en los procesos de reproducción asistida. Una revisión. *EduPsykhé*, 15(2), 113-129.

Peterson, B. D. y Eifert, G. H. (2011). Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioural Practice*, 18(4), 577-587. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.03.004>

Rahimi, E., Attarha, M. y Majidi, A. (2019). Effect of acceptance and commitment therapy on the quality of life in infertile women during treatment: a randomized control trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(4), 483-489. ISSN: 2330-4456.

Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer, S. A.

Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>

Veiga, M. C., Puccio, M. F, y Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? *Reproducción*, 28(3), 79-89.

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

