

Musicoterapia e Infertilidad

Lic. Cecilia Moscuzza

Universidad Nacional de Buenos Aires

cecimoscu@gmail.com



ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines
(ISSN 2718-6199)

<http://revistas.unlp.edu.ar/ECOS>

ECOS es una publicación de Cátedra Libre Musicoterapia
(UNLP)

Fecha de correspondencia:

Recibido: 10/04/2016; Aceptado: 03/05/2016

Todas las obras de ECOS están bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Puede copiarla, distribuirla y comunicarla públicamente siempre que cite su autor y la revista que lo publica (ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines) agregando la dirección URL y/o el enlace de la revista. No la utilice para fines comerciales y no haga con ella obra derivada.

Cómo citar

Moscuzza, C. (2016). Musicoterapia e Infertilidad. *ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, 1(1), 31- 68

Resumen

La Organización Mundial de la Salud se refiere a la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas. En nuestro país, la infertilidad es una enfermedad que afecta entre el 15 y 20 % de las parejas en edad reproductiva. La propuesta de este trabajo es conocer inicialmente cuales son las consecuencias o alteraciones psicológicas ligadas a la infertilidad, en las mujeres que atraviesan los diferentes tratamientos, para luego indagar qué aportes pueden hacerse desde la Musicoterapia. Muchas investigaciones demuestran que la infertilidad produce diferentes alteraciones psicológicas en las parejas, aunque suele ser la mujer sobre quien recae la mayor carga de estrés, depresión y ansiedad, incluso cuando es el hombre quien padece la causa de la infertilidad. Al igual que otras enfermedades, la infertilidad, produce un gran impacto en la calidad de vida de las personas, por eso en primer lugar este trabajo se propone realizar una revisión bibliográfica que permita comprender la problemática, y en segundo lugar, ofrecer un fundamento para la inserción del Musicoterapeuta dentro del equipo de profesionales que trabajan en el campo de la infertilidad.

Palabras clave: infertilidad, Tratamientos de Reproducción Humana Asistida, Musicoterapia

Abstract

The World Health Organization refers to infertility as a disease of the reproductive system defined as the inability to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of unprotected sexual relations. In our country, infertility is a disease that affects between 15 and 20% of couples of reproductive age. The proposal of this work is to know initially what the consequences or psychological disorders are linked to infertility in women undergoing different treatments, then investigate what contributions can be made from the Music Therapy. Many studies show that infertility causes different psychological disorders in couples, although it is usually the woman who is responsible for the greatest burden of stress, depression and anxiety, even when it is the man who suffers the cause of infertility. Like other diseases, infertility, produce a great impact on the quality of life of people, so first this paper proposes a literature review for understanding the problem, and secondly, provide a basis for Music Therapist insertion within the team of professionals working in the field of infertility.

Keywords: infertility, Assisted Human Reproduction Treatments, Music therapy.

Introducción

En la actualidad se ha incrementado el número de parejas que recurren a la consulta médica por no poder cumplir su deseo de ser padres. En nuestro país, la infertilidad es una enfermedad que afecta entre el 15 y 20 % de las parejas en edad reproductiva (Sad Larcher & otros, 2011), (Molina & otros, 2012). El diagnóstico de infertilidad, suele desestabilizar la vida de los pacientes, afectando su proyecto. Este proceso obliga a las parejas a “un replanteamiento del plan de vida y a una toma de decisiones importantes sobre el mismo: seguir por sus propios medios, renunciar a tener hijos, intentar la ayuda de la reproducción asistida, adoptar, etc.” (Llavona Uribelarrea, 2008).

Es posible entender a esta problemática como un tema que atañe al interés de la Salud Pública, siendo que su principal objetivo es el de “mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo” (OPS/OMS, 2000). En nuestro país, se han desarrollado debates en este ámbito que han concluido con la aprobación y reglamentación de dos leyes: La Ley de Fertilización Asistida de la Pcia. De Buenos Aires (Ley 14.208), aprobada en el año 2010; y más recientemente la Ley de Fertilización Asistida Nacional (Ley 26.862) aprobada en el año 2013. Estas leyes reconocen a la Infertilidad como una enfermedad, y por lo tanto, incluyen la cobertura de los tratamientos por parte de las obras sociales y prepagas, como la cobertura estatal en caso de que la persona no posea cobertura médica.

Toda sociedad necesita para crecer y desarrollarse de un recambio intergeneracional. En el último Censo se observa un continuo descenso de las tasas de natalidad, fecundidad y de mortalidad. Por ejemplo la tasa de fecundidad en 1950 era de

un promedio de 3,2 hijos por mujer; de 2,8 en 1995 (O'Donnell & Carmuega, 1998) y de 2,4 en 2001 (INDEC, 2004). Esto podría deberse a un cambio en el rol social y económico de la mujer (O'Donnell & Carmuega, 1998), ya que su participación en el trabajo fuera del hogar se ha ido incrementando, así como también la edad en la que la mujer decide tener a su primer hijo, pasando-según un estudio realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires- de 25 a 29 años la edad promedio para tener el primer hijo en 2005, al rango etario de 30-34 años en 2010, incrementándose también el rango de 35 a 39 años.

La propuesta de este trabajo es conocer inicialmente cuales son las consecuencias o alteraciones psicológicas ligadas a la infertilidad, en las mujeres que atraviesan los diferentes tratamientos, para luego indagar qué aportes pueden hacerse desde la Musicoterapia. Este estudio se centra en la mujer ya que la mayoría de las investigaciones que se han escrito al respecto en diferentes lugares del mundo (Australia (Christie, 1998), Países Bajos (Oddens, Tonkelaar, & Nieuwenhuyse, 1999), Dinamarca (Schmidt, Holstein, Christensen, & Boivin, 2005) (Schmidt, 2006), España (Llavona Uribelarrea, 2008), EEUU (Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011), Bélgica (Dancet, y otros, 2011), Portugal (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, & Soares, 2012) Chile (Palacios, Jadresic, Palacios, Miranda, & Dominguez, 2002), Perú (Roa Meggo, 2007), entre otros) demuestran que la infertilidad produce diferentes alteraciones psicológicas en las parejas, aunque suele ser la mujer sobre quien recae la mayor carga de estrés, depresión y ansiedad, incluso cuando es el hombre quien padece la causa de la infertilidad. Un estudio italiano ha comprobado que el 14,7 % de las mujeres evaluadas presentaba síntomas de ansiedad y el 17,9 % presentaba síntomas de depresión, mientras que en los hombres estos porcentajes se reducían al 4,5% y al 6.9 % respectivamente. (Chiaffarino, Baldini, & Scarduelli, 2011).

La infertilidad, al igual que otras enfermedades, produce un gran impacto en la calidad de vida de las personas, por eso en primer lugar se intentara realizar una revisión bibliográfica que permita comprender la problemática, y en segundo lugar, ofrecer un fundamento para la inserción del Musicoterapeuta dentro del equipo de profesionales que trabajan en el campo de la infertilidad, a partir del análisis y descripción de las consecuencias o alteraciones psicológicas que puede tener esta enfermedad sobre las mujeres, y la indagación acerca de cómo se han abordado estas alteraciones – en el contexto de otras enfermedades- a través de un encuadre musicoterapéutico.

Infertilidad

La Organización Mundial de la Salud se refiere a la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas. (Zegers-Hochschild, y otros, 2009).

Clínicamente se definen dos situaciones: por un lado se encuentran aquellos casos en los que la incapacidad de gestar se debe a que la gametogénesis no ocurre normalmente o se producen fallas en la fecundación que impiden la formación de una célula huevo; a esto se lo conoce como esterilidad. Y por otro lado, se encuentran casos en los que la célula huevo se forma, pero el desarrollo no prosigue hasta el final por alteraciones que ocurren en los procesos del desarrollo posteriores a la fecundación. (Flores, 1992). Este autor sostiene que desde un punto de vista práctico esta diferenciación tiene poca importancia ya que la manifestación en ambos casos es la misma: la imposibilidad de tener descendencia. Por este motivo durante este trabajo se utilizará el término *infertilidad*. Las causas que originan la incapacidad de tener descendencia son agrupadas

por Flores (1992) en “alteraciones en los procesos de pre-fecundación, fecundación y post-fecundación.”

Alteraciones en los procesos de pre-fecundación

Dentro de las fallas previas a la fecundación se incluyen “procesos patológicos:

a) En la producción de gametas, lo cual se evalúa en el caso del hombre, a través de un *espermograma*. Y para estudiar esta capacidad en la mujer, se efectúan estudios indirectos de la ovulación, como: determinación de la temperatura basal, dosaje de progesterona en sangre, estudios del efecto de la progesterona sobre otros órganos a través de la biopsia endometrial y análisis del moco cervical; o puede realizarse una laparoscopia a fin de visualizar los órganos genitales internos;

b) En las alteraciones de los aparatos genitales masculino y femenino que llevan a una alteración en el tránsito de las gametas, que pueden ser por factores obstructivos o alteraciones en los conductos genitales. Estas alteraciones en el hombre se evalúan a través del *espermograma*, y en la mujer se evalúan a través de la *histerosalpingografía* “que consiste en la introducción de material radiopaco a través del cuello uterino con el objeto de contrastar las cavidades uterinas y tubáricas”. (Flores, 1992)

Alteraciones que ocurren durante la fecundación

Durante la fecundación pueden darse diversas fallas, como que el espermatozoide no sea capaz de interactuar con las sustancias presentes en el tracto genital femenino, o fallas en la producción de las enzimas acrosómicas o fallas en la estructura molecular de las enzimas. También pueden haber fallas en el contacto y reconocimiento de las gametas, y fallas en la organización superficial molecular que podrían impedir la fecundación. Existen fallas en el proceso de fusión y fallar la penetración del

espermatozoide, o fallas del bloqueo de la polispermia, que se deben a la penetración de más de un espermatozoide que causan la muerte del embrión.

Alteraciones posteriores a la fecundación

Flores explica que el 16% de los ovocitos fecundados no inician el proceso de segmentación, sino que quedan detenidos en estado unicelular y mueren. Esto puede deberse a fallas en la segmentación, alteraciones del medio ambiente, asincronías entre el desarrollo embrionario y la maduración uterina que provocarían la no implantación del embrión en el útero ó alteraciones enzimáticas del trofoblasto: Se debe a la falla de las enzimas fabricadas y secretadas por el trofoblasto, que podrían llevar a que el proceso de implantación fracase y el embrión muera. (Flores, 1992)

Impacto psicológico de la infertilidad

La incapacidad de tener hijos suele ser una experiencia muy difícil de atravesar. Cuando una pareja recibe su diagnóstico muchos aspectos de su vida se ven afectados, ya que su proyecto de vida se ve amenazado. Por ejemplo, se ve alterado su funcionamiento social, la vida sexual de la pareja y muchas veces trae como consecuencia estados depresivos, angustia y sentimientos de pérdida (se ha demostrado que la incidencia de la depresión entre las mujeres infértiles duplica la observada en la población femenina general (Kissi, y otros, 2013)).

Las parejas que eligen comenzar tratamientos de reproducción humana asistida (TRHA) se ven involucradas dentro del sistema médico, debiendo afrontar diversos estudios y procedimientos inesperados, desconocidos -y muchas veces invasivos a distintos niveles-. Estos suelen llevar mucho tiempo y generalmente resultan extenuantes a nivel físico, emocional y, en la mayoría de los casos, económico. Esto suele tener un

impacto psicológico en las parejas, afectando su habilidad para afrontar tanto el tratamiento (o los tratamientos) como el embarazo y la paternidad/maternidad luego de un tratamiento exitoso (Kissi, y otros, 2013).

Socialmente se enfatiza sobre la importancia de la maternidad en el rol de la mujer. En “Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments” (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2005) se expone que muchas mujeres sienten una presión para alcanzar la norma social de maternidad y la incapacidad para concebir se percibe como una amenaza de no poder cumplir con el rol femenino, y esto puede tornarse estigmatizante, experimentando sentimientos de inferioridad. Este estudio ha demostrado que si bien la infertilidad es causante de estrés tanto para el hombre como para la mujer, para las últimas la experiencia suele ser mucho más estresante y con efectos a largo plazo en cuanto a autoestima y a sentimientos negativos respecto de la propia femineidad.

Otras alteraciones que se relacionan a la infertilidad son el aislamiento y el estigma social, disfunción sexual, sentimientos de pérdida, pérdida del control, que desembocan en una crisis vital. Para poder comprender con mayor profundidad el sufrimiento de las mujeres que padecen infertilidad, se elaborará un perfil, exponiendo brevemente cada una de las alteraciones mencionadas más arriba, que ayudará a la comprensión de los aportes que puede hacer la Musicoterapia a la atención de la salud de estas mujeres

Estrés

El estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, ya sea que excedan o igualen sus recursos para afrontarse a ellas (Lazarus & Folkman, 1984). “La infertilidad, tiene una dimensión social que está pobremente controlada: es el estrés

crónico que tiene graves consecuencias negativas a largo plazo, tanto sociales como psicológicas” (Schmidt, 2009), esto conduce a condiciones problemáticas en la vida social o en los roles sociales (Wheaton, 1999, en Schmidt, Christensen & Holstein, 2004). En este sentido, cabe preguntarse qué constituye un peligro para el bienestar de la mujer al atravesar los TRHA. Muchos autores coinciden en que la experiencia de la infertilidad es altamente estresante para las mujeres, ya que se ven exigidas tanto a nivel físico como emocional para lograr el embarazo (Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011).

Algunas de las variables que pueden producir estrés durante los TRHA son: diversas preocupaciones tales como preocupación por la relación de pareja; o referida al plano sexual; rechazo hacia un estilo de vida sin hijos; necesidad de ser padre/madre; preocupación social (Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011). (Van den Broeck, D’Hooghe, Enzlin & Demyttenaere, 2010). A su vez, la falta de apoyo por parte de la pareja puede asociarse a dos generadores de estrés: estrés generado por la tensión en la relación y estrés generado por la tensión sexual (Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011). El estrés también se encuentra asociado a la vulnerabilidad, que se incrementa con el número de tratamientos realizados, el no poder lograr el embarazo, o que el embarazo logrado no llegue a término. Otra variable que puede producir estrés es el presentar dificultades en el plano de la comunicación, así como también las dificultades maritales y el uso reiterado de la evitación como forma de afrontamiento. (Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005). Algunas características personales específicas como dependencia y autocrítica. (Van den Broeck, D’Hooghe, Enzlin & Demyttenaere, 2010) La autocrítica incluye una excesiva auto-evaluación combinada con un fuerte énfasis en estándares personales muy altos a expensas de las relaciones interpersonales. La dependencia se caracteriza por la preocupación por las relaciones interpersonales y la preocupación por obtener confianza y amor, a expensas de desarrollar un auto-concepto

claro y estable. En este sentido, la autocrítica y la dependencia podrían ser asociadas positivamente con el distres psicológico. (Blatt and Bass, 1996, en Van den Broeck y otros 2010). Otras variables que hacen a la infertilidad estresante son las diferencias de género, estigma social, dificultad para combinar el trabajo con el tratamiento, culpa y vergüenza sobre la etiología de la infertilidad, etc (Van den Broeck, D’Hooghe, Enzlin & Demyttenaere, 2010). En relación al tratamiento otro factor causante de estrés es el grado de invasión que produce el mismo y los procedimientos médicos en la mujer. (Van den Broeck, D’Hooghe, Enzlin & Demyttenaere, 2010)

Depresión

Una persona que experimenta un episodio depresivo, podría presentar síntomas como disminución del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, estado de ánimo depresivo, pérdida o aumento de peso sin hacer régimen, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía casi cada día, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o plan específico para suicidarse. (DSM IV)

Ya que la infertilidad es a menudo una “experiencia devastadora” para las parejas (Kjaer & otros, 2011), es necesario tener en cuenta que los altos niveles de tensión física y psicológica que se asocian tanto a la infertilidad, como a los tratamientos, podrían conducir a las personas a presentar “síntomas depresivos” que parecen incrementarse con la duración y la falta de éxito de los tratamientos (Kjaer, y otros, 2011). Muchos estudios han investigado acerca de la incidencia de la depresión en mujeres que padecen

infertilidad y que se someten a TRHA (Van de Broeck, y otros, 2010, p. 1471), (Kjaer, y otros, 2011). Uno de ellos, llevado a cabo en Europa refleja que “el porcentaje de síntomas depresivos en mujeres infértiles fue de 24,9%, en contraste con un 6,8% del grupo control. Este estudio señala además, que entre las mujeres infértiles los síntomas depresivos eran más frecuentes entre las que habían sido sometidas a fertilización in vitro clásica previamente (33,3%), que entre las que se sometían al tratamiento por primera vez (21,1%) (Oddens, Tonkelaar, & Nieuwenhuys, 1999). En este sentido, un estudio realizado por Peterson demuestra que los niveles de depresión se incrementan luego de dos o tres años de tratamientos (Peterson, 2007 en The Women’s Health Council, 2009). Otra investigación realizada por Van de Broeck (Van de Broeck, y otros, 2010) demuestra que los síntomas depresivos no sólo son más frecuentes, sino que el nivel de depresión y ansiedad entre las mujeres infértiles es mucho más alto que en el grupo control y que “la angustia que genera la infertilidad puede conducir a una angustia más generalizada, en cuanto las personas comienzan a experimentar quejas psicológicas (ansiedad, depresión, etc.) en otras áreas de sus vidas que no se relacionan con la infertilidad” (Van de Broeck, y otros, 2010)

En “Suicide in Danish women evaluated for fertility problems” (Kjaer, y otros, 2011), se ha estudiado la relación entre el suicidio y las mujeres con infertilidad. Esta investigación concluye que la tensión que genera la infertilidad y su tratamiento, junto con el sentimiento de la negación de la paternidad, “podrían inducir a la gente más vulnerable a un estrés extremo que los conduzca a producirse lesiones o al suicidio” (Kjaer, y otros, 2011).

Es importante mencionar que los fármacos utilizados en algunos de los tratamientos de fertilidad producen alteraciones del estado de ánimo. Por ejemplo, el citrato de clomifeno utilizado en la inducción de ovulación produce irritabilidad, labilidad

emocional y aumento de los síntomas del síndrome pre-menstrual. (Robinson, 1999 en Palacios & Jadresic, 2000) A su vez, el acetato de luprolide, utilizado en la fertilización *in vitro* para la regulación hipotalámico-hipofisiaria, puede producir, entre sus efectos secundarios, depresión, problemas cognitivos (de atención, concentración y memoria) y alteraciones de la motricidad fina. (Burns & Covington, 1999, en Palacios & Jadresic, 2000)

Ansiedad

Los estudios citados hasta el momento, entre otros, coinciden en que tanto el diagnóstico de infertilidad como los TRHA, producen altos niveles de ansiedad en las parejas, y sobre todo en las mujeres. Entre los factores que producen ansiedad, puede mencionarse el hecho de desconocer el tipo y duración de los tratamientos, así como el grado de invasión de algunos de los procedimientos médicos (Kissi, y otros, 2013); la amenaza de no poder acceder a la maternidad (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2005); la tensión física y psicológica producida por los tratamientos (Kjaer, y otros, 2011); la falta de apoyo social (Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011)

En un estudio realizado en Dinamarca (Van Empel, Nelen, Tepe, Van Laarhoven & Verhaak, 2010) se indagó sobre las fortalezas, debilidades y necesidades de pacientes que atraviesan TRHA, indicando que los factores que influyeron negativamente y generaron mayor ansiedad fueron: la larga duración de los tratamientos; la relación médico-paciente (frente a la dificultad de las pacientes para poder plantear sus dudas a los médicos, y no recibir respuesta frente a las dudas); recibir información inadecuada sobre las consecuencias a largo plazo del tratamiento; no tener en claro qué parte del tratamiento y drogas serían reembolsadas por su cobertura médica; no saber con quién contactarse en caso de tener alguna emergencia durante la noche o el fin de semana; tener

demasiados doctores implicados en el proceso; tiempos de espera muy largos entre los primeros estudios y el plan de tratamiento; que el médico no pudiera lidiar de forma positiva frente a la ansiedad de la paciente.

Otros factores, mencionados por Palacios y Jadresic en “Aspectos emocionales de la infertilidad” (Palacios & Jadresic, 2000) y por “The Women’s Health Council”, que generan ansiedad son: la búsqueda del embarazo en sí misma, las relaciones sexuales programadas, los tratamientos hormonales, procedimientos invasivos tales como: laparoscopias, ecografías transvaginales, aspiraciones ovocitarias, etc. la espera de resultados luego de realizar estudios, y sobre todo los 16 días de espera para la prueba de embarazo; la espera entre los intentos; los abortos involuntarios.

La ansiedad puede manifestarse a través de extrema preocupación, inquietud, dificultad para concentrarse y fatiga (Peterson, 2007 en The Women’s Health Council, 2009). Las parejas, y especialmente las mujeres, suelen culparse a sí mismas por comportamientos del pasado, como indiscreciones sexuales, infecciones de transmisión sexual o abortos, agravando aún más su estrés y ansiedad. (Cosineau and Domar, 2007; Klock, 2008, en The Women’s Health Council, 2009)

Autoestima

La autoestima de la mujer se torna un elemento delicado y de cuidado frente a los TRHA. En comparación con los hombres, las mujeres de las parejas infértiles tienen más baja autoestima, ya que esto se asocia a sentimientos de vergüenza, culpa, falla personal, pérdida de la confianza en sí mismas, sentimientos de insuficiencia. (The Women’s Health Council, 2009). El sentimiento de ser manipulada, violentada, a través de su cuerpo y el dolor que experimenta la mujer puede también afectar su autoimagen,

femineidad y autoestima. (De Barbieri, Busto, & Neulander, 1996). Esto puede deberse a la tensión que causa la infertilidad y a la larga duración de los tratamientos (Schmidt, Christensen, & Holstein, 2004).

Sentimientos de pérdida; pérdida de control; aislamiento social; estigma

La maternidad/paternidad es un objetivo de vida muy importante para muchos adultos. Por este motivo, la incapacidad de lograr un embarazo puede llevar a “sentimientos de desesperanza, falta de coherencia y sentido en la vida, pérdida del control, aislamiento y estigma social”. (McQuillan, 2003; Schmidt, 2006; Habroe, 2007; Johansson, 2009, en Kjaer, y otros, 2011). Desde el punto de vista emocional y psicológico, la infertilidad puede ser entendida como una pérdida (Syme, 1997) que se vive en diferentes fases: “La primera, cuando el embarazo no ocurre cuando se suponía; enseguida, cuando se suceden los ciclos de tratamiento y éstos no resultan exitosos, y por último, cuando un eventual embarazo culmina en un aborto” (Syme, 1997)

Como consecuencia de esto y según el autor antes citado, las parejas infértiles pueden sentir disminuida la sensación de control sobre sus vidas, ya que hacer lo que ellos quieren –ser padres- les está vedado. En el caso de las mujeres, esto promueve que sientan incompleta su femineidad.

El aislamiento social se va produciendo cuando la pareja constata que sus amigos sí tienen hijos y que muchas de sus actividades giran en torno a ellos, las parejas infértiles se sienten excluidas “del mundo fértil” (The Women’s Health Council, 2009) y esto es reforzado por la “constante exposición a artículos que ofrece el comercio: ropa de bebés, coches, juguetes, etc.” (Palacios & Jadresic, 2000). Esto es percibido como una estigmatización social y la pareja se aleja de sus amistades, experimentando celos, rabia,

pena, culpa, etc. Esta estigmatización produce sentimientos exacerbados de soledad.

(Palacios & Jadresic, 2000)

Crisis vital

Por lo expuesto hasta aquí cabe señalar que el impacto que tiene en la pareja el diagnóstico de infertilidad puede ser descrito como una crisis vital (Schmidt, Christensen, & Holstein, 2004). Esto se traduce en un gran desgaste emocional, por su carácter cíclico (Palacios & Jadresic, 2000): “Se repite una y otra vez la vivencia de esperanza (al inicio del ciclo) y fracaso (cuando llega la menstruación). Impacta el elevado costo económico del tratamiento, el sometimiento a procesos quirúrgicos con el dolor físico que conllevan y la invasión a la privacidad sexual.” (Palacios & Jadresic, 2000)

La infertilidad ha sido descrita como “una crisis de desarrollo para la mujer, alterando su identidad, sus relaciones y su sentido de significado” (Bergart, 2000, en The Women’s Health Council, 2009), ya que la falta de hijos afecta a las mujeres en todas las áreas de su vida (The Women’s Health Council, 2009). En este sentido, cuando la mujer se somete a los TRHA debe planificar y adecuar su vida en torno al tratamiento. Por este motivo muchas mujeres se sienten incapaces de comprometerse con otras actividades, como vacaciones, fiestas y encuentros sociales. También deben elegir poner en espera sus planes laborales y educativos. (The Women’s Health Council, 2009)

Sexualidad

El ser incapaz de procrear “deteriora la autoimagen sexual, (...) la mujer se percibe menos femenina (...)” (Palacios & Jadresic, 2000). Un estudio realizado por Burns (Burns & Covington, 1999) comparó la satisfacción sexual de mujeres infértiles con la de un grupo control. Se encontraron diferencias significativas de mayor

insatisfacción sexual en las mujeres infértiles. “Un 18% de ellas atribuía su problema sexual a la infertilidad, mientras que un 37% lo adjudicaba a la pérdida de la espontaneidad en la vida sexual” (Burns & Covington, 1999, en Palacios & Jadresic, 2000). Burns & Covington (1999) dividen las alteraciones sexuales en: Disfunción del deseo (la cual se traduce especialmente en una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales), y disfunción de la fase de excitación (expresada especialmente en disfunciones en la erección, eyaculación precoz, falta de lubricación vaginal y/o evitación de las relaciones sexuales)

Otros estudios sitúan los problemas relacionados con disfunciones sexuales alrededor del impacto negativo que producen los métodos diagnósticos y el tratamiento médico de la infertilidad en los pilares fundamentales de la sexualidad: espontaneidad y privacidad (Palacios & Jadresic, 2000); también se encuentra el efecto de ciertos medicamentos, la obligación de tener relaciones sexuales programadas, las alteraciones emocionales, momentos de tensión de pareja, son causas frecuentes de disfunciones sexuales. (Fernández, Urdapilleta, 1999, en Palacios & Jadresic, 2000); a su vez el sexo cambia de significado, lo que antes se hacía por placer, ahora se convierte en trabajo y las relaciones sexuales se tornan insatisfactorias. (The Woman’s Health Council, 2009)

Con lo hasta aquí expuesto, se ha logrado describir un perfil que reúne las problemáticas más comunes que impactan sobre las mujeres que padecen infertilidad.

Musicoterapia

Si bien no se ha encontrado bibliografía específica sobre Musicoterapia e infertilidad, es posible mencionar muchos antecedentes sobre el tratamiento musicoterapéutico de las problemáticas descritas anteriormente, en el ámbito de otras enfermedades clínicas. Por este motivo podemos destacar los beneficios que esta

disciplina puede ofrecer a las parejas que padecen infertilidad. A continuación se realiza una descripción de los métodos y técnicas utilizados por los musicoterapeutas que han sido efectivos a la hora de brindar tratamiento a las diferentes problemáticas.

Estrés

La evidencia encontrada acerca del tratamiento del estrés desde la Musicoterapia, se remite mayormente, al abordaje de enfermedades terminales o enfermedades crónicas.

La musicoterapeuta Debra Burns (Burns, en Bruscia, 2002) ha comprobado a través de estudios- cuantitativos y cualitativos- que el Método Bonny (GIM) es efectivo “para tratar el estrés emocional relacionado a enfermedades crónicas” (Burns, en Bruscia & Grocke, 2002). Estos estudios demuestran que las sesiones de GIM pueden proporcionar cambios significativamente positivos tanto en el humor como en la calidad de vida en individuos sanos y enfermos (Burns, 1999; McKinney & otros, 1997, en Burns, en Bruscia, 2002). Burns explica que “(...) las consecuencias cognitivas relacionadas a enfermedades crónicas pueden tener un gran impacto en otras áreas de funcionamiento” (Burns, en Bruscia & Grocke, 2002). Las interpretaciones cognitivas que tiendan hacia “el pensamiento catastrófico, el perfeccionismo, pensamiento dicotómico, y el culparse a sí mismo pueden conducir a distorsiones cognitivas que pueden derivar en respuestas psicológicas negativas como el aumento de la percepción del estrés” (Cohen & Rodriguez, 1995, en Burns, en Bruscia & Grocke, 2002). Esta percepción del estrés puede incrementarse, a su vez, a lo largo del tratamiento, relacionándose con éste y con los síntomas de la enfermedad. El estrés es alimentado por distintos miedos relacionados con la enfermedad (como miedo a los procedimientos, a perder el control de la propia vida, a la disminución de la calidad de vida, etc.), impactando en la calidad de vida de los pacientes. (Burns, en Bruscia, 2002)

La musicoterapeuta J. Standley propone como técnica para el tratamiento de los pacientes terminales (incluyendo a los familiares) que sufren de estrés y trauma relacionados con su enfermedad “la audición de música y la práctica musical con el terapeuta” (Standley, 2000). Dentro de esta técnica, la función que se le atribuye a la música es la de “iniciar y mejorar la relación terapeuta/paciente/familia” (Standley, 2000). Según describe la autora, “la práctica musical con el terapeuta” puede incluir la composición musical, el análisis de letras y/o la improvisación musical. Los objetivos terapéuticos son “reducir el estrés/trauma/miedo relacionado con la enfermedad terminal, reducir el daño hacia sí mismo o hacia otros significativos”; “manejo de la enfermedad y asuntos personales, por ejemplo la selección dentro de las opciones que ofrece el tratamiento y la toma de decisiones personales o familiares” (Standley, 2000).

En el año 2003, Hilliard (Hilliard, 2003) realiza una investigación en el Hospital Big Bend (en donde se atienden pacientes diagnosticados con cáncer terminal) en la que compara los resultados obtenidos por diferentes campos profesionales dentro del equipo interdisciplinario (incluyendo a la Musicoterapia). Esta investigación sostiene que el estrés –físico, psicológico, financiero y/o espiritual- puede impactar en la calidad de vida de los individuos, y que la Musicoterapia “ha sido utilizada como un componente importante dentro del equipo interdisciplinario” (Hilliard, 2003). El tipo de abordaje que se realiza dentro del Hospital tiene un enfoque cognitivo-conductual, en el que las intervenciones musicoterapéuticas están diseñadas para tratar problemas identificados, y permitir la expresión de emociones, respetando al mismo tiempo, el proceso inherente al diálogo musical en vivo. En todas las intervenciones musicoterapéuticas se utiliza música en vivo, y toda la música seleccionada eran las preferidas por los sujetos. (Hilliard, 2003)

Dentro de este encuadre, el objetivo principal fue el de mejorar la calidad de vida de los pacientes, por este motivo los musicoterapeutas trabajaron no sólo para aliviar el

dolor, los vómitos y las náuseas de los pacientes, sino también la reducción del estrés y la ansiedad, como formas de alivio.(Hilliard, 2003) Los resultados de esta investigación sostienen que claramente el uso de la Musicoterapia dentro de los hospitales y en cuidados paliativos mejora la calidad de vida de las personas diagnosticadas con cáncer terminal. (Hilliard, 2003).

Otra investigación realizada por el Lic. Eridel Peraza plantea “si la música podría reducir la vulnerabilidad al estrés en un grupo de pacientes hipertensos esenciales y qué efectos tendría en la regulación de la presión arterial de los mismos”. Para ello, diseño un programa de Musicoterapia para la reducción de la vulnerabilidad al estrés de los pacientes, que involucraba la audición de “música adormecedora y relajante”. Se escogieron 40 pacientes vulnerables y se formaron dos grupos de 20 individuos cada uno. Las conclusiones presentadas por esta investigación demuestran la efectividad del programa musicoterapéutico en la reducción de la vulnerabilidad en los pacientes hipertensos, registrándose una importante reducción de los trastornos psicósomáticos como dolores de cabeza, sudoraciones, taquicardias, sensación de ahogo, malestares, etc. y en la alteración de los hábitos del sueño, una reducción de las tensiones físicas y mentales y de la ansiedad, y un aumento de la energía y la motivación para la realización de tareas cotidianas. Al comparar las vulnerabilidades del grupo I con las del grupo II (control) se demostró que mientras que las del grupo I habían disminuido, las del grupo control habían aumentado.

Depresión

En el marco del tratamiento de pacientes que sufren de cáncer, Dileo propone un abordaje a partir del trabajo con canciones (Dileo, 1999). La autora explica que el cáncer afecta y puede fragmentar la identidad de un individuo en distintos niveles:

emocionalmente, el individuo se “encuentra deprimido” ya que se ha convertido “en una víctima de su invasor”; cognitivamente, explica que el individuo está tratando de obtener, entender y procesar una gran cantidad de información, y utilizándola para tomar “decisiones vitales sobre el tratamiento” (Dileo, 1999); a nivel social, todas sus relaciones son cuestionadas y puestas a prueba, “la persona experimenta un aislamiento extremo” (Dileo, 1999); y espiritualmente “la persona podría interpretar el significado del cáncer de distintas maneras, por ejemplo, como un castigo de Dios, como una lección que debe aprender, como retribución por un comportamiento “inaceptable”, etc. (...)” (Dileo, 1999)

A partir de este enfoque “bio-psico-socio-espiritual”), Dileo propone como método para trabajar con estos pacientes, el uso de canciones. Aunque reconoce que no es el único método, menciona dentro de las razones por las cuales considera que su uso es apropiado en este contexto, las siguientes: Son herramientas que nos acompañan a lo largo de nuestra vida y ayudan a recordar y re-experimentar “eventos que pueden ser importantes en un proceso terapéutico”, además de que pueden proveer recursos para resolver conflictos. (Dileo, 1999); Tienen un contexto emocional y social que transmiten importantes mensajes y significados sobre la vida; Pueden influenciar simultáneamente todos los aspectos del individuo (físico, emocional, cognitivo, social y espiritual); Pueden experimentarse de forma activa o receptiva; Ofrecen oportunidad de ser creativos y expresarse dentro de formas familiares y accesibles; Facilitan la intimidad, conexiones interpersonales, para reducir la sensación de aislamiento; Permiten, a través de sus letras, la proyección de los sentimientos en la música y palabras del compositor, sobre todo en individuos que presentan dificultad para expresarse emocionalmente. Permiten que los individuos cuenten las historias de sus vidas y de su enfermedad; Ayudan a comprender los propios sentimientos, examinar y fortalecer la vida espiritual de los individuos; Son capaces de integrar polaridades aparentes (pensar/sentir; ser/hacer; etc.) Pueden ser un

medio para comunicar información, nuevas ideas, ayudar a la toma de decisiones. Ayudan a mejorar los sentimientos de esperanza, alegría, satisfacción y triunfo. (Dileo, 1999)

Dileo utiliza las canciones de distinta forma, basándose en diferentes etapas de la enfermedad, por ejemplo:

- El uso de canciones basadas en autoafirmaciones (de cada paciente) contribuye a un cambio de posición en cuanto a permitir el espacio para que sucedan cosas positivas, o para permitir una transformación. Las afirmaciones se utilizan para contrarrestar pensamientos negativos- asociados a la depresión- y se utilizan en la música, que provee el componente emocional. (Dileo, 1999)

- Las experiencias musicoterapéuticas, sostienen la expresión de una gama de emociones, y las estructuras musicales ayudan al paciente en la expresión no verbal, pudiendo conducirlo hacia la catarsis, el insight y la integración (Dileo, 1999)

Es importante destacar el rol del musicoterapeuta durante el trabajo con pacientes con cáncer propuesto por Dileo, ya que será el encargado de sostener musicalmente al paciente- con instrumentos o su voz-, así como también, si es posible, alentar el diálogo musical, la retroalimentación y la reflexión a través de la música y la letra de las canciones. (Dileo, 1999) Otra forma de tratar la depresión en pacientes pueden ser los abordajes grupales, en “Better trying than crying”, Scheiby presenta un caso sobre el abordaje de personas que sufren depresión a causa de enfermedades crónicas, a través de la Musicoterapia Analítica (Scheiby, en Dileo, 1999). En este caso Scheiby relata la experiencia de un paciente que estaba recuperándose de un ataque cerebrovascular, cáncer de ojo y hemorragias internas, que se encontraba muy deprimido y con mucha ansiedad. Cuando el paciente comenzó con las sesiones grupales de Musicoterapia, se encontraba

muy reacio, creía que la Musicoterapia nada tenía para ofrecerle. Después de un año de tratamiento semanal, los cambios fueron notables: dejó de estar tan retraído tanto en forma física como psicológicamente, disminuyó su estado de ansiedad, así como también los síntomas depresivos, utilizando como método de trabajo la improvisación vocal. (Scheiby. En Dileo, 1999)

Aldridge & Aldridge (Aldridge & Aldridge, 1999) también mencionan la ansiedad y la depresión como los patrones afectivos más asociados a la enfermedad del cáncer, e indican que la Musicoterapia ofrece un espacio en donde los pacientes pueden expresarse más allá de su situación, sin tener ninguna expectativa y sin tener el temor a ser juzgados, brindando además, la oportunidad para lograr la sensación de una nueva identidad. Estos autores explican que la Musicoterapia Creativa puede ayudar a distintos pacientes según sus necesidades, por ejemplo a una paciente con cáncer que “pudo tomar conciencia sobre sus sentimientos, alcanzar una nueva intimidad con su cuerpo y crear un diálogo interno para reforzar y activar, la comunicación interpersonal”, esto derivó en la disminución de su nivel de ansiedad y de sus síntomas depresivos. (Aldridge, 1996, en Dileo, 1999).

Se han encontrado también, aportes realizados desde los enfoques de la Musicoterapia Analítica y el Método GIM. Por ejemplo, la Musicoterapia Analítica puede “brindar a los clientes depresivos la posibilidad de ser activos, comunicativos e interactivos en su estado depresivo sin sentir la presión de tener que incrementar artificialmente su energía. En un estado intermedio de ser, ni completamente despierto ni dormido, uno puede estar conectado a un compañero en la música y ser creativo.” (Pedersen, 2002); el Método GIM ha sido utilizado por muchos musicoterapeutas en el tratamiento de la depresión, en variados escenarios médicos. Un ejemplo es citado por Meadows (Meadows, en Bruscia, 2002) en donde se utiliza la Musicoterapia para

disminuir los síntomas depresivos de los clientes, resultando el método GIM muy eficaz para este objetivo.

Ansiedad

En 1990 las Licenciadas Verdes Moreiras y Fernández de Juan, realizaron una investigación acerca de cómo la Musicoterapia podía influir en el estado de ansiedad de pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con tratamiento en hemodiálisis (Verdes Moreiras & Fernández de Juan, 1990). Para ello se tomó un grupo experimental y otro grupo de control. Al grupo experimental se le hacía escuchar música “relajante-calmante” mientras se le realizaba la hemodiálisis durante un mes. Se le aplicaba al inicio y al final de la audición “la prueba de Idare” (Verdes Moreiras & Fernández de Juan, 1990). A partir de esta prueba se observa que la ansiedad antes de la audición es siempre superior, así como al comparar el inicio del tratamiento con el final, a partir de lo cual afirmar que “la musicoterapia produce un efecto positivo en la disminución de la ansiedad situacional en este tipo de pacientes.” (Verdes Moreiras & Fernández de Juan, 1990)

La ansiedad de las personas que sufren enfermedades crónicas también está relacionada al proceso diagnóstico y a la toma de decisiones sobre el tratamiento. “Los problemas psicológicos durante la etapa diagnóstica incluyen ansiedad y miedo, shock, incredulidad, ira, amargura, hostilidad, depresión y lástima de sí mismo” (Zabora, 1997, en Burns, en Bruscia & Grocke, 2002).

Aldridge & Aldridg exponen que las enfermedades crónicas y/o terminales suelen estar acompañadas de un “estado de profunda ansiedad” (Aldridge & Aldridge, 1999), y que este estado se suele experimentar sobre todo durante el diagnóstico de enfermedades crónicas tales como cáncer o HIV; en cuanto al tratamiento de este síntoma estos autores

indican que la Musicoterapia Creativa puede ofrecer una intervención muy valiosa: “una experiencia de tiempo cualitativamente rica, y no determinada cronológicamente” (Aldridge & Aldridge, 1999) influyendo de esta forma sobre la percepción de la ansiedad de los pacientes.

Entre los métodos que son aplicados para el tratamiento de la ansiedad, podemos mencionar el “Método entrenamiento individual de relajación basado en la música” (MIRBT) (Saperston, 1989, en Saperston, en Dileo, 1999) para reducir los niveles de ansiedad en “pacientes que manifiestan una amplia gama de diagnósticos en una variedad de escenarios” (Saperston, en Dileo, 1999). Este método presenta una secuencia de estrategias, dividida en cuatro niveles de intervención progresivas, que se basan en la capacidad del individuo para llevar a cabo técnicas de relajación, de manera más independiente. “Nivel I- Desarrollo de Comportamientos de Habilidad, Nivel II Desarrollo de Respuestas de Relajación Dirigidas por el Terapeuta, Nivel III Desarrollo de Respuestas de Relajación Independientes, y Nivel IV Desarrollo de Habilidades de Transferencia y Generalización” (Saperston, en Dileo, 1999).

También el método GIM es efectivo en esta área. En un estudio realizado por Carola Maack y Paul Nolan se investigó: “¿Qué áreas de cambio se puede atribuir, en parte o en su totalidad al proceso de GIM?” (Maack & Nolan, 1999). Los datos analizados reportan cambios significativos en aquellos clientes que presentaban ansiedad y/o miedo. Estos clientes experimentaron cambios en su estado de ánimo, con la consecuente disminución de los síntomas de la ansiedad. (Maack & Nolan, 1999).

Standley propone la utilización de la audición musical como “anestesia, ansiolítico y/o sugestión” (Standley, 2000), que sirve a los objetivos terapéuticos de “reducir el dolor, la ansiedad o el estrés”. Esta técnica consiste básicamente en la audición de la música

preferida del paciente, mientras se sugiere verbalmente que la música es capaz de aliviar el dolor, la ansiedad, etc. Por ejemplo, se utilizó antes de operaciones quirúrgicas para reducir la ansiedad; con víctimas de quemaduras durante tratamientos médicos como la hidroterapia; en consultorios odontológicos durante los procedimientos; durante abortos y tratamientos de podología, etc. (Standley, 2000)

Autoestima

Dileo (Dileo, 1999) explica que es muy importante evaluar la conceptualización que tiene el paciente sobre su salud durante el proceso terapéutico. Los factores que esta autora evalúa y que se asocian a la salud y la enfermedad, son la personalidad y los estilos de afrontamiento, que incluyen: (a) estilo explicativo (que se refiere a las formas en que los individuos explican los acontecimientos negativos en sus vidas), (b) toma de control (se refiere a las creencias del paciente con respecto a su capacidad para dominar el medio ambiente), y (c) autoestima (Dileo, 1999), que se refiere a la consideración positiva que el individuo tiene de sí mismo. Las personas con altos niveles de autoestima son misericordiosas y tienen la confianza para ejercer el control sobre las circunstancias de su vida. En cambio, los individuos con baja autoestima son más propensos a verse a sí mismos como víctimas pasivas y son más susceptibles a estresarse y enfermarse. (Hafen & otros, 1996, en Dileo, 1999).

Como método de evaluación sobre la conceptualización que tiene el paciente sobre su salud y su enfermedad, Dileo utiliza como herramienta la “selección de la canción de diagnóstico” (Dileo, 1999), en la que el paciente identifica las canciones, o particularmente las letras de las canciones, que mejor representan sus sentimientos, actitudes y estilos de afrontamiento, relacionados con su enfermedad.

En un artículo escrito por Smeijsters & Van den Hurk, se analiza el caso de una paciente con problemas para afrontar el duelo por la pérdida de su marido y problemas para encontrar su identidad personal (Smeijsters & Van den Hurk, 1999). Los temas a tratar durante el proceso terapéutico se centraron en: sus problemas de identidad, baja autoestima, entre otros. (Smeijsters & Van den Hurk, 1999). Se utilizaron distintas técnicas musicoterapéuticas de acuerdo con los distintos objetivos, entre ellas se encuentra la improvisación musical con el piano, tambores, la voz, encontrar una melodía personal, escuchar música y luego realizar improvisaciones sobre los pensamientos conscientes que surgieran durante la audición, etc. (Smeijsters & Van den Hurk, 1999). Los eventos más importantes a lo largo del tratamiento que incrementaron la autoestima de la paciente se dieron durante la audición y revisión de sus propias improvisaciones. “Aunque se sentía sola, había algo de confianza en sus propios recursos” (Smeijsters & Van den Hurk, 1999). A través de la escucha de sus improvisaciones pudo darse cuenta de su búsqueda de autonomía, y hacia el final del tratamiento, ella misma podía reconocer sus recursos internos a través de su música (Smeijsters & Van den Hurk, 1999).

Al igual que en el caso anterior, Burns presenta datos sobre el tratamiento de personas que no padecen enfermedades pero que desean trabajar y resolver diferentes problemas psicológicos, así como también de personas enfermas - focalizado en el incremento de la autoestima a través del método GIM (Burns, en Bruscia 2002) en los que encuentra un incremento de diversas variables- entre ellas la autoestima- luego de una serie de sesiones de GIM. (Burns, en Bruscia 2002). Algunos resultados obtenidos luego del tratamiento con el método GIM en pacientes con baja autoestima son: cambios en el sentido de sí mismo, cambios en el estado de ánimo, mejorías en las relaciones, incremento de la autoestima, ser más consciente de los propios sentimientos, aumento en la independencia (...)” (Belland, 1994, en Maarck & Nolan, 1999)

Otros enfoques, como el que presenta Pedersen se refieren al abordaje de “clientes que sufren de baja autoestima e identidad pobre” (Pedersen, 2002), a través de la Musicoterapia Analítica, ya que ésta “puede proveer nuevas posibilidades de percibir auto-expresiones a través de la exploración física como sentirse grande/pequeño, sentirse fuerte/débil, repitiendo y reconociendo los símbolos sonoros como un espejo de la fuerza personal”. (Pedersen, 2002).

Sentimientos de pérdida, pérdida de control, aislamiento social, estigma

Estos sentimientos de pérdida sobre la vida, sobre el control, son problemáticas que disminuyen la calidad de vida de los pacientes. Se ha citado en el apartado anterior que “la toma de control” es un factor asociado a la salud y enfermedad de los individuos (Dileo, 1999). Dileo explica que los individuos que presentan “una toma de control externa”, creen que las cosas que suceden en sus vidas son impuestas externamente y no están relacionadas a lo que ellos hacen, los pacientes “con una toma de control interna”, en cambio, atribuyen los eventos de sus vidas a sus propias acciones. La toma del control está asociada, además, con el balance bioquímico en el cuerpo, ya que algunos investigadores creen que la toma de control tiene una influencia más fuerte sobre la salud que el estrés, influyendo en la liberación o no liberación de la serotonina (que regula los estados de ánimo y el dolor); la dopamina (asociada con la sensación de placer), y la norepinefrina (cuando se agota, asociado con la depresión); así como la respuesta inmune (Hafen & otros, 1996, en Dileo, 1999).

Por este motivo, y considerando los aportes realizados por Aldridge & Aldridge, el proceso que se inicia cuando el paciente es capaz de tocar de una forma creativa lo que siente, “podría conducir a un incremento en la calidad de vida” ya que, según sostienen estos autores, el acto de realizar una manifestación musical activa de sí mismo “puede

contribuir a mejorar el estado de ánimo, y reducir sentimientos negativos como la desesperación, la falta de control, la soledad y la ansiedad” (1999)

Para aquellos pacientes que sufren de aislamiento social, Dileo & Joke sugieren a la Musicoterapia como una intervención efectiva para reducir su sufrimiento, ya que puede ser utilizada como “un vehículo de apoyo social” tanto a través de métodos activos como receptivos (Dileo & Joke, en Dileo, 1999). En cuanto al aislamiento social y los sentimientos de pérdida, Farbman (1994) señala que el trabajo con música ofrece: la oportunidad de percibir un “sentido de control sobre la vida, a través de la experiencia de éxito y dominio”; “oportunidades de interactuar socialmente”; y la posibilidad de “experimentar intimidad con otros compartiendo experiencias musicales” (Farbman, 1994, en Roskam & Reuer, en Dileo, 1999). Con objetivos similares, Burns propone la utilización del método GIM (Burns, en Bruscia & Grocke, 2002), ya que sugiere que dicho método puede ser efectivo para abordar “respuestas psicológicas negativas incluyendo el aumento de la percepción del estrés, disminución del control, la autoestima, la autoeficacia, y trastornos afectivos asociados”. (Burns, en Bruscia & Grocke, 2002). Siguiendo en esta línea y con el objetivo de “reducir la depresión/ansiedad asociada al aislamiento”, e “incrementar el placer y sentimientos de bienestar”, Standley propone la técnica de “Música y actividades grupales” (Standley, 2000) para estructurar interacciones interpersonales placenteras y positivas. La población a la que está dirigida esta técnica es cualquier paciente capaz de unirse a un grupo, especialmente para aquellos que sufren enfermedades crónicas. De esta forma la música es utilizada para “generar placer, interacción grupal y para reducir el estrés”.

Desde la Musicoterapia Analítica, Pedersen (Pedersen, 2002) propone abordar a aquellos clientes que sufren de aislamiento social desde este enfoque, para brindar la

posibilidad de expresarse junto a otras personas, aun cuando no se está muy conectado con la situación. Expresa que pueden llevarse a cabo experiencias sobre “la percepción de cercanía y distancia” (Pedersen, 2002) para poder desarrollar la “conexión”.

Crisis Vital

Es posible encontrar métodos musicoterapéuticos, tanto activos como receptivos- que se refieren al trabajo con personas que desean incrementar su crecimiento personal. En este sentido Wigram, Pedersen & Ole Bonde sugieren que tanto el método GIM como la Musicoterapia Analítica pueden ser útiles en el abordaje de crisis vitales centrando el trabajo musicoterapéutico en “la ansiedad, inhibiciones, dolor, crisis y otros problemas existenciales que pueden influenciar la subjetividad” (Wigram, Pedersen & Ole Bonde, 2002), promoviendo en el paciente “sentimientos de auto-confianza” y “la capacidad de abrir dimensiones más espirituales en las experiencias de vida” (Wigram, Pedersen & Ole Bonde, 2002)

Sexualidad

No se han encontrado antecedentes de abordajes musicoterapéuticos que traten esta problemática.

Conclusiones

A través del análisis realizado a lo largo de este trabajo, es posible afirmar que la Musicoterapia podría beneficiar a las mujeres que padecen infertilidad, ya que es posible tratar las alteraciones presentes en el perfil psicológico de las mujeres infértiles a través del abordaje musicoterapéutico, ya que, como se ha visto, dichas alteraciones son tratadas habitualmente por musicoterapeutas en el contexto de otros padecimientos.

Si bien no es posible establecer un único abordaje, ya que cada persona/paciente es único y manifiesta su sufrimiento de una forma única, y particularmente en el campo de la infertilidad el impacto que esta tenga sobre cada mujer deberá ser considerado en forma individual, es posible afirmar que la Musicoterapia puede ofrecer una variada cantidad de métodos y técnicas que se ajusten a la necesidad de cada paciente, pudiendo mitigar el sufrimiento que implica la infertilidad. Por los datos analizados, la utilización de técnicas receptivas, considerando las preferencias musicales de los pacientes, parece ser la más utilizada para abordar la mayoría de las alteraciones descriptas. Otra técnica que suele utilizarse a menudo es la improvisación musical, sobre todo en alteraciones como depresión, aislamiento social y baja autoestima.

La inserción del Musicoterapeuta dentro del equipo de profesionales que atienden esta problemática, podría promover un incremento en la calidad de vida de las mujeres que atraviesan los TRHA, brindando apoyo, sostén y un espacio de expresión y reflexión que posibilite a las mujeres y sus parejas la toma del control en sus decisiones sobre los tratamientos, desde elegir qué tipo de tratamiento están dispuestas a realizar, si continuar con los mismos hasta lograr el embarazo y la concepción, con qué regularidad someterse a los mismos, o poder plantearse alternativas como la adopción u optar por una vida sin hijos.

A continuación, en la *Tabla 1* presento una posible articulación entre los factores estresantes de la infertilidad y los objetivos terapéuticos que podrían direccionar el trabajo musicoterapéutico en el tratamiento del estrés, y en la *Tabla 2* se presenta una articulación entre otras alteraciones asociadas a la infertilidad y objetivos musicoterapéuticos encontrados en los textos citados.

Tabla 1. Factores estresantes de la infertilidad y posibles objetivos terapéuticos.

Factores estresantes de la infertilidad	Objetivos terapéuticos
Exigencia física y emocional; dificultad para organizarse dentro del tratamiento	Reducir el estrés relacionado con la enfermedad
Invasión física del tratamiento; número de tratamientos;	Reducir el estrés físico, emocional, psicológico, espiritual y financiero
Vulnerabilidad frente al tratamiento	Reducir la vulnerabilidad relacionada al estrés
Tensión en la pareja	Mejorar la relación del paciente con su familia
Dificultad en la comunicación	Permitir la expresión de emociones

Tabla 2. Otras alteraciones y posibles objetivos terapéuticos.

Alteración	Característica	Objetivos terapéuticos
Depresión	estado de ánimo depresivo (tristeza, vacío)	Disminuir estados depresivos a través de la Improvisación musical

	Sentimientos de inutilidad o culpa	Incrementar la creatividad y expresión de emociones
Ansiedad	Extrema preocupación e inquietud	Reducir los niveles de ansiedad a través de técnicas e receptivas
	Dificultad para concentrarse y fatiga	Promover la expresión de sentimientos como miedo, ansiedad, ira y confusión
Autoestima	Baja autoestima, vergüenza	Promover el incremento de la autoestima a través de actividades musicales que produzcan sensaciones positivas y orientadas al éxito
Pérdida de control	No poder lograr el objetivo personal	Percibir un sentido de control sobre la vida, a través de experiencias musicales de éxito y dominio

A partir de lo expuesto hasta aquí, sería interesante diseñar nuevas investigaciones. En primer lugar poner en práctica lo planteado desde el plano teórico, realizando un trabajo de campo que tenga como motor principal de investigación la hipótesis que se esbozó anteriormente y que permita delinear modos de intervención y estrategias musicoterapéuticas que beneficien a las mujeres y parejas infértiles. Permitiendo la evaluación del mismo, con métodos cualitativos y cuantitativos que posibilite a los musicoterapeutas presentar evidencia sobre la eficacia de los tratamientos propuestos. Por otro lado me han surgido diversos interrogantes a lo largo de esta investigación relacionados con la posible intervención musicoterapéutica durante ciertos

procedimientos médicos (Histerosalpingografía, punción ovárica) que suelen ser muy dolorosos y también producen altos niveles de ansiedad en las mujeres.

Referencias

- Aldridge, D., & Aldridge, G. (1999). Life as jazz: Hope, Meaning and Music Therapy in the treatment of life-threatening illness". En C. Dileo, *Music therapy and medicine: theoretical and clinical applications. Part II: Improvisational and re-creative approaches*. American Music Therapy Association.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*. Vol 83, N° 2, 275-183.
- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8., Art. No.: CD006911. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub2.
- Burns, D. (2002). Part two: Applications. Chapter 9. "Guided imagery and music in the treatment of individuals with chronic illness". En K. Bruscia, *Guided Imagery and music: The Bonny Method and beyond* (págs. 171-186). Barcelona Publishers.
- Burns, L., & Covington, S. (1999). Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians.
- Cantekin, I., & Tan, M. (2012). The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. *PubMed*, 105-109.
- Cassity, M., & Cassity, J. (2006). Chapter 3: Adults (psychiatric music therapy assessments and treatments employed in AMTA-APPROVED clinical training facilities. En *Music Therapy for adults, adolescents, and children. A clinical manual*. . Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Chen Chen, L., Fang Wang, T., Nuo, S. Y., & Jung Wu, L. (2013). Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety. *European Journal of Oncology*. Vol 17, 436-441.

- Chiaffarino, F., Baldini, M., & Scarduelli, C. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 158- 235. Vol 41.
- Christie, G. (1998). Some socio-cultural and psychological aspects of infertility. *Human reproduction. vol 13*, 232-241.
- Council, T. W. (2009). Cap.5: Género, infertilidad y su tratamiento. 5.1 Género e infertilidad. En *Infertility and its treatment: a review of psycho-social issues* (págs. 30-36). Dublin.
- Dancet, E., Van Empel, I., Reber, P., Nelen, W., Kermer, J., & Hooghe, T. (2011). Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction. Vol. 0*, 1-7.
- de Barbieri, A., Busto, A., & Neulander, E. (1996). Acercamiento psicoanalítico a la fecundación asistida. *XII Congreso Latinoamericano de psicoterapia analítica de grupo*. Buenos Aires.
- Dileo, C. (1999). Songs for living: the use of songs in the treatment of oncology patients. En C. Dileo, *Music therapy and medicine: theoretical and clinical applications. Part II: Improvisational and re-creative approaches*. American Music Therapy Association.
- Dileo, C., & Joke, B. (1999). Entrainment, resonance, and pain-related suffering". En C. Dileo, *Music Therapy and medicine: theoretical and clinical applications. Part II: Improvisational and re- creative approaches"*. American Music Therapy Association.
- Erkkila, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., . . . Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry.*, 132-139.
- Fernández, D., & Urdapilleta, L. (1999). Elementos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento médico. *Medicina Reproductiva CEGYR. Vol 2*, 7-12.
- Flores, V. (1992). *Bases biológicas y moleculares de la fecundación*. Buenos Aires: López Libreros Editores SRL.

- Hacienda, M. d. (2012). La fecundidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Dirección General de estadísticas y censos.*
- Hilliard, R. (2003). The effects of Music Therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of Music Therapy. American Music Therapy Association*, 113-137.
- INDEC. (2004). *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país.* Buenos Aires: Serie Análisis Demográfico N° 30.
- Kissi, Y., Romdhane, A., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K., Khairi, H., & Hadj Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology.*, 185- 189.
- Kjaer, T., Jensen, A., Oksbjerg, S., Johansen, C., Schmiedel, S., & Krüger Kjaer, S. (2011). Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Human Reproduction. Vol. 26*, 2401- 2407.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer Publishing Company.
- Llavona Uribelarrea, L. M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo. Vol. 29*, 158- 166.
- Loewy, J., & Quentzel, S. (2011). Chapter 17: The case of Paula. Music psychoterapy with a musician. En A. Meadows, *Developments in Music Therapy Practice: Case study perspectives.* USA: Barcelona Publishers.
- Maarck, C., & Nolan, P. (1999). The effects of Guided Imagery and Music Therapy on Reported Change in Normal Adults. *The Journal of Music Therapy. Vol 36*, 39- 55.
- Martins, M., Peterson, B., Almeida, V., & Costa, M. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human reproduction. Vol 26*, 2113-2121.
- Meadows, A. (2002). Psychoterapeutic applications of the Bonny Method. Depression. En K. Bruscia, & D. Grocke, *Guided Imaginery and Music: The Bonny Method*

and Beyond. Part II: Applications. Chapter 10 (págs. 187-204). Barcelona Publishers.

Molina, R., Tissera, A., Estofán, L., Pereyra, M., Hernández, M., Dematteis, A., . . . Estofán, D. (2012. Vol. 27). Valores de referencias locales (Córdoba) para los parámetros del semen humano. *Reproducción.*, 118-125.

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M., & Soares, I. (2012). Assessing infertility stress: Re-examining the factor structure of the infertility problem. *Human Reproduction*, 496- 505.

Oddens, B., Tonkelaar, I., & Nieuwenhuys, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems- a comparative survey. *Human Reproduction. Vol. 14*, 255-261.

O'Donnell, A., & Carmuega, E. (1998). La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños. *Boletín CESNI*.

OPS/OMS. (2000). Salud pública en las Américas. En *Cap. 4: Fundamentos de la renovación conceptual* (pág. 47). Washington D.C.

Palacios, E., & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena Neuro-psiquiatría (online). Vol. 38*, 94-103.

Palacios, E., Jadresic, E., Palacios, F., Miranda, C., & Dominguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol.67*.

Pedersen, I. (2002). *Analytical Music Therapy. Part II. Chapter 5. Analytical Music Therapy with Adults in Mental Health and in Counselling Work*. Denmark: Jessica Kingsley Publishers.

Peraza Chil, E., & Zaldívar Pérez, D. (2003). La Musicoterapia. Un nuevo enfrentamiento al estrés y la hipertensión arterial". *Revista Cubana de Psicología. Vol 20*.

Punkanen, M. (2011). *Improvisational music therapy and perception of emotions in music by people with depression*. Jyväskylä: Editorial Board.

Roa Meggo, Y. (2007). Infertilidad y nuevas tecnologías reproductivas en el Parú: un abordaje psicosocial. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. Vol. 3*.

- Robinson, G. (1999). The use of psychotropic medication during infertility treatment.
- Roskam, K., & Reuer, B. (1999). A music therapy wellness model for illness prevention. En C. Dileo, *Music therapy and medicine: theoretical and clinical applications. Part II: Improvisational and re-creative approaches.* . American Music Therapy Association.
- Sad Larcher, J., Molina, R., Molina, G., Metrebian, S., Colla, S., Sosa, A., & Estofán, D. (2011. Vol. 26). Efecto del celular sobre los parámetros seminales y su relación con el índice de masa corporal (IMC) en pacientes que consultan por infertilidad. *Reproducción.*, 102-107.
- Saperston, B. (1999). Music based individualized relaxation training in medical settings. En C. Dileo, *Music therapy and medicine: theoretical and clinical applications. Part I: Receptive Approaches.* American Music Therapy Association.
- Scheiby, B. (1999). Better trying than crying: Analytical music therapy in a medical setting. En C. Dileo, *Music therapy and medicine: theoretical and clinical applications. Part II: Improvisational and re-creative approaches.* American Music Therapy Association.
- Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *human Reproduction.*, 390-417.
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction- what are the research priorities? *Human Fertility*, 14-20.
- Schmidt, L., Christensen, U., & Holstein, B. (2004). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction. Vol 20*, 1044-1052.
- Schmidt, L., Holstein, B., Boivin, J., Tjornhoj-Thomsen, T., Blaabjerg, J., Hald, F., & Rasmussen, P. &. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-Centr Psychosocial Infertility (COMPI) REsearch Programme. *Human Reproduction*, 2638-2646.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction. Vol 20*, 3248-3256.

- Smeijsters, H., & Van den Hurk, J. (1999). Music Therapy Helping to Work Through Grief and Finding a Personal Identity. *Journal of Music Therapy*, 222-252.
- Standley, J. (2000). Music research in medical treatment. En A. M. Association., *Effectiveness of music therapy procedures: Documentation of research and clinical practice*. (págs. 1- 64). USA: Silver Spring.
- Syme, G. (1997). Facing the unacceptable: the emotional response to infertility. *Human Reproduction*. Vol. 2, 183-187.
- Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 1471- 1480.
- Van Empel, I., Nelen, W., Tepe, E., Van Laarhoven, E., & Verhaak, C. K. (2010). Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Human Reproduction*. Vol. 25, 142-149. doi:
- Verdes Moreiras, M., & Fernández de Juan, T. (1990). *Aplicación de un programa de Musicoterapia en pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con tratamiento en hemodiálisis*.
- Wigram, T., Pedersen, I., & Ole Bonde, L. (2002). *A comprehensive guide to music therapy. Theory, clinical practice, research and training. Chapter 4: Music therapy in clinical practice. 4.7 Music therapy for Self- Development*. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., . . . Van der Poel, S. (Noviembre de 2009). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de <http://www.who.int/>:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/es/index.html