



**MUSICOTERAPIA Y FERTILIZACIÓN IN VITRO: UNA PROPUESTA COGNITIVA
CONDUCTUAL COMO ABORDAJE DE LOS SENTIMIENTOS EXISTENTES EN
MUJERES QUE ATRAVIESAN UNA FERTILIZACIÓN IN VITRO**

Rodríguez Iglesias Elena

Facultad de Medicina, Licenciatura en Musicoterapia

Universidad del Salvador

Dra. Schwarchz Violeta, Lic. Kleiner Ingrid, Lic. Galán Lara

15 de junio, 2026

AGRADECIMIENTOS

*“ ... Y entre todo lo que
pasa, es la música mi casa”*

Adrián Berra

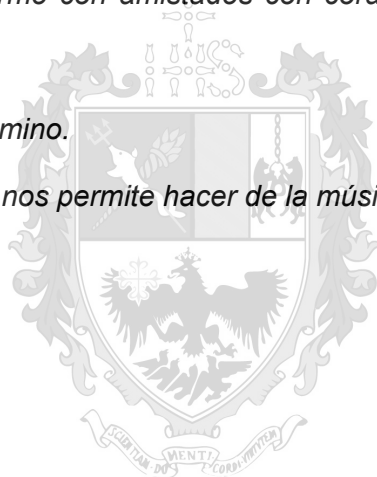
Gracias a la música por acompañarme cada día y dejarme existir en ella.

Gracias a la música que aprehendí en mi hogar. Gracias a mi familia por convidarme eso.

Gracias a la música por cruzarme con amistades con corazones repletos de sonoridades increíbles.

Gracias a la música guiar mi camino.

Gracias a la musicoterapia que nos permite hacer de la música un puente.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1. Fertilidad e infertilidad.....	8
3.2. Marco legal.....	9
3.3. Fertilización In Vitro.....	10
3.4. Sentimientos en FIV.....	11
3.5. Pérdidas de embarazo.....	14
3.6. Terapia cognitiva conductual y psicoterapia.....	16
3.7. Musicoterapia y fertilización in vitro.....	22
3.8. Musicoterapia cognitiva conductual y técnicas.....	25
4. ESTADO DEL ARTE.....	28
5. PREGUNTA PROBLEMA.....	32
6. HIPÓTESIS.....	32
7. OBJETIVOS.....	32
8. METODOLOGÍA.....	33
8.1. Método.....	33
8.2. Tipo de investigación.....	33
8.3. Diseño de investigación.....	33
8.4. Muestreo.....	33
9. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
9.1. Recolección de datos.....	35
9.2. Instrumentos de obtención de datos.....	35
9.3. Descripción de la muestra.....	35
10. ANÁLISIS DE DATOS.....	37
Eje 1: Emociones y vivencias en el proceso de fertilización in vitro (FIV).....	37
10.1.1 Experiencias en FIV.....	37
10.1.2. Sentimientos que se manifiestan en FIV.....	40
10.1.3. Afectación a nivel corporal en el atravesamiento de FIV.....	47
Eje 2: Musicoterapia en FIV.....	48
10.2.1. Musicalidad en las mujeres que atraviesan FIV.....	49
10.2.2. La importancia de la musicoterapia dentro de un equipo interdisciplinario en clínicas de reproducción asistida y su trabajo con los sentimientos experimentadas.....	50
10.2.3. Musicoterapia y duelo gestacional.....	54
Eje 3: Trabajo de emociones con musicoterapia.....	55
10.3.1. Abordaje musicoterapéutico.....	55
10.3.2. Composición y emociones.....	59
10.3.3. Improvisación y emociones.....	61
Eje 4: Acompañamiento psicológico en mujeres que atraviesan FIV.....	62
Eje 5: Musicoterapia cognitiva conductual como psicoterapia.....	64
11. CONCLUSIONES.....	66
12. FUTURAS INVESTIGACIONES.....	69
13. BIBLIOGRAFÍA.....	70
ANEXO I.....	77
ANEXO II.....	78

Guía de preguntas para las madres.....	78
Guía de preguntas para musicoterapeutas que trabajan en gestación.....	78
Variaciones para musicoterapeuta que trabaja en pérdida de embarazos.....	79
Guía de preguntas para musicoterapeuta con orientación cognitivo conductual.....	80
ANEXO III.....	81
Entrevistas a madres que atravesaron fertilización in vitro.....	81
Entrevistas a musicoterapeutas.....	105



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

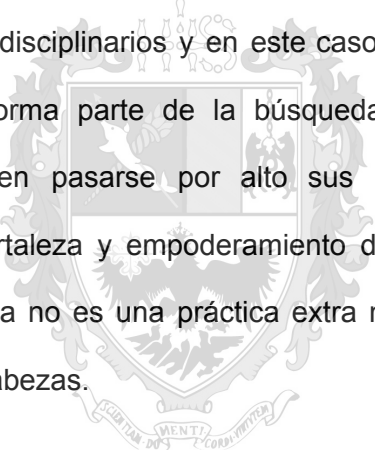
1. INTRODUCCIÓN

Tener hijos puede ser uno de los anhelos más importantes en la vida de las personas; encontrarse con la idea de que ese deseo se ve imposibilitado por diferentes factores físicos, médicos o clínicos puede generar en esta población distintas crisis vitales. El avance de la medicina y la ciencia, ha desarrollado con el tiempo métodos de fertilidad con altos resultados positivos; uno de ellos y el que se desarrollará en este trabajo desde el abordaje musicoterapéutico, es la fertilización in vitro. Según María Sofía Guelvenzu Rebollo (2023), atravesar el tratamiento provoca en las pacientes un involucramiento en las mismas, dominando su rutina diaria, además de generar tensiones emocionales debido a sus repetidos intentos y largas duraciones.

El acompañamiento psicológico cumple un papel fundamental para poder abordar estas maneras de sentir, atendiendo las dolencias, aportando compañía, escucha, apoyo, comprensión y comunicación. Desde la musicoterapia, y bajo un marco cognitivo conductual, es posible encarar esta situación utilizando herramientas tales como la improvisación y composición musical, atendiendo aquello que la persona en tratamiento manifieste, intentando modificar, conducir, atravesar, esas sensaciones promoviendo el bienestar. A lo largo del trabajo se desarrollarán maneras en que estas técnicas pueden ser utilizadas para acercarse al objetivo.

2. JUSTIFICACIÓN

A pesar de que los métodos y acompañamientos para llevar adelante el proceso de fertilización in vitro fueron avanzando y mejorando, aún así las mujeres que desean gestar, al atravesar el tratamiento, experimentan situaciones estresantes posibles de provocar grandes alteraciones emocionales (Cortines García 2015). Existen diferentes maneras de abordar estas formas de sentir pero particularmente en esta investigación, se abordará desde una perspectiva musicoterapéutica. Es fundamental poder introducir esta disciplina en el área de la salud mental y la medicina, remarcar sus aportes, su importancia e incorporarla en encuadres interdisciplinarios y en este caso, en el marco de la natalidad y gestación. La musicoterapia forma parte de la búsqueda de un bienestar biológico y psíquico por lo que no deben pasarse por alto sus posibilidades de promover la comunicación, la seguridad, fortaleza y empoderamiento de las personas que atraviesan esta situación. La musicoterapia no es una práctica extra ni complementaria de la salud, sino una pieza más del rompecabezas.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Fertilidad e infertilidad

La fertilidad es la capacidad de engendrar y gestar un embarazo tras un año de exposición regular al coito. Por diferentes factores, los problemas tanto de fertilidad y esterilidad en los humanos han avanzado en las últimas décadas (Gamboa Bernal, 2015). Se entiende a la infertilidad como la imposibilidad de llevar a cabo un embarazo tras intentarlo sin métodos anticonceptivos luego de ese tiempo determinado, afectando entre el 8% y 12% de las parejas de todo el mundo (Vander Borcht M, Wyns C. 2018).

Existen causas tanto femeninas como masculinas además de la posibilidad de un diagnóstico sin causa conocida; este trabajo se centrará en las causas femeninas y en el proceso que atraviesa esta población, a pesar de que en el caso que la dificultad de gestación provenga del lado masculino, el proceso de FIV igualmente debe realizarlo, en mayor medida, la mujer. Uno de los factores femeninos que dan lugar a esta problemática puede ser la edad, mientras que según el trabajo de Candela De Miguel Calcagno (2025), la presencia de ovarios poliquísticos y la endometriosis son las enfermedades ginecológicas con más prevalencia en las mujeres a nivel biológico. La posibilidad de gestación materna disminuye conforme a que pasan los años y se acercan a la menopausia, vinculado con el comienzo de agotamiento de los folículos y disminución de los ovocitos dificultando así la posibilidad de engendrar (Pereira Calvo, Pereira Rodríguez, Quirós Figueroa, 2020). La existencia de ovarios poliquísticos se define como un trastorno endócrino y una de las causas más frecuentes de anovulación, donde el desarrollo del folículo está alterado y no es posible la liberación del ovocito del folículo, resultado de una ovulación irregular (Burgo-Olmedo, Chillik, Kopelman, 2003). La endometriosis por otro lado, es una enfermedad benigna (Chiva de Agustín), que produce alteraciones anatómicas, limitando así la movilización de las fimbrias, obstruyendo las trompas de falopio, generando una posible complicación en la formación embrionaria. A su vez, existen causas de infertilidad

relacionadas con el estilo de vida que la mujer experimenta, como la práctica de dietas, la obesidad, el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco y el ejercicio físico, tanto si fuese en exceso como nulo; y también se ponen en juego la presencia de causas ambientales (contaminación ambiental y acústica, metales pesados en los alimentos), (De Miguel Calcagno, 2025).

3.2. Marco legal

En Argentina la fertilización asistida se practica desde la década de los 80 a pesar de que la Ley 26.862 de “Reproducción Médicamente Asistida” fue promulgada en 2013 y sancionada en 2015. Esta Ley declara que aquellas personas que sean mayores de edad, cuentan con el acceso a la realización de técnicas de reproducción humana asistida de manera gratuita e igualitaria, más allá de su estado civil u orientación sexual, si cuentan con obra social, prepaga o se atiende en el sistema público de salud. La misma ofrece tratamientos de baja y alta complejidad. La Resolución 1045/2018 establece el cien por ciento de la cobertura de los medicamentos requeridos para el tratamiento.

Adjunto el primer y segundo artículo de la Ley, que declaran lo mencionado anteriormente:

- “La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida”.
- “A los efectos de la presente ley, se entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones”.

La Ley destaca que la misma se puede aplicar en mujeres de hasta 44 años de edad, salvando prescripciones médicas.

3.3. Fertilización In Vitro

La FIV, también conocida como fertilización in vitro, ha sido una solución moderna en las parejas o personas que cuentan con el deseo de tener hijos y debido a diferentes condiciones biológicas y clínicas, fueron diagnosticados como infértiles. A partir de este tratamiento, se les brinda la posibilidad de acceder a la maternidad que anhelan. La fertilización in vitro es un tratamiento de reproducción humana asistida donde se fertiliza al óvulo con un espermatozoide por fuera del cuerpo con el fin de producir embriones, luego se depositan en el útero buscando conseguir la fecundación. (Guelvenzu Rebollo, 2023).

A partir del capítulo de la ginecóloga obstetra Fiorella Bagnarello González, se desarrollarán los pasos, procedimientos y complicaciones de la fertilización in vitro. En primer lugar, ella define a la misma como una fecundación extracorpórea, ya que se realiza por fuera del cuerpo en un laboratorio y luego es transferida al útero.

Pasos de fertilización in vitro

1. Hiperestimulación ovárica controlada: generada a partir del uso de medicamentos otorgados de manera subcutánea o intramuscular, como la hCG (glucoproteína producida por el embrión y placenta) conocida como la hormona del embarazo. De esta manera se intenta generar los folículos, contenedores de los ovocitos.
2. Aspiración del folículo y obtención de muestra seminal: Aproximadamente 34 horas después del suministro de hCG y junto a alguna anestesia (local o total), el ovocito es retirado o capturado a partir del mecanismo de aspiración folicular, la cual es orientada por un ultrasonido transvaginal. Esto se realiza a partir de la introducción de una aguja en cada folículo y así el mismo es aspirado. A su vez, se recibe la muestra de espermatozoide que será llevada al laboratorio para inseminar aquellos ovocitos retirados.
3. Clasificación de ovocitos y fertilización: Se confirma la fecundación luego de 17 horas de la inseminación, observando dos pronúcleos en el cigoto (primera célula que se genera al unir un óvulo y un espermatozoide). Las células de cada embrión llamadas blastómeros, comienzan a dividirse desde el momento de la fecundación

hasta el día 5, llegando a la fase de blastocisto (embrión más avanzado), y se espera hasta el día 7 para la implantación. Antes de eso, se debe seleccionar a los embriones que se encuentran en mejor condición para que la transferencia funcione adecuadamente. Esto se realiza a partir de un monitoreo de Time-Lapse, encargada de evaluar la morfología y cinética del embrión.

4. Transferencia: A través de un catéter que se introduce por el cuello del útero hasta el fondo del mismo, se transfieren los embriones seleccionados previamente.

Continuando con la escritura de la autora, menciona la importancia de adaptar las técnicas a cada paciente y que el fracaso o no del procedimiento va de la mano directamente con el entrenamiento y experiencia del médico, más allá de las complicaciones de los pacientes como anormalidades del espermatozoides, falta de activación o defectos en los ovocitos, o la falta de desarrollo de los folículos. De todas maneras, la ginecóloga y obstetra afirma que cuando el tratamiento falla, se debe a un error en la implantación del embrión.

3.4. Sentimientos en FIV

Desde la noticia de una prueba de embarazo negativa, la exposición a las intervenciones de fertilización, hasta la espera de los resultados de éstas, es posible que se genere en esta población, sentimientos como estrés, angustia y desaliento, emociones que se estudiarán en este trabajo, considerando que el futuro que deseaban como personas gestantes no será, o será más dificultoso. Como consecuencia a esto puede proveerse una disminución en su calidad de vida generando diferentes crisis vitales, las cuales se entienden como un desequilibrio emocional debido al fracaso en la resolución de problemas, en este caso, a la dificultad de reproducción (Dlabach, 2020), que se ve reflejado en la pareja, en la sexualidad, en las relaciones familiares y sociales, en la vida laboral y en sí mismo.

“Cuando una pareja recibe su diagnóstico muchos aspectos de su vida se ven afectados, ya que su proyecto de vida se ve amenazado (...) 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” (Moscuzza, 2018, pág. 37)

El **estrés** es definido por Walter Cannon como la reacción fisiológica causada por la percepción de situaciones aversivas o amenazantes. Sentir estrés va de la mano con padecer una gran presión, frustraciones, y la dificultad de controlarlas (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003). Este sentimiento y la infertilidad coexisten. Las Lic Veiga, Puccio y Tamburell (2013) comparten que la infertilidad comienza a producir estrés con la duda sobre la posibilidad de gestar, cuando los intentos se prolongan y más adelante, cuando el diagnóstico se confirma. La experiencia de infertilidad es altamente estresante para las personas que buscan engendrar debido a que se ven muy afectadas tanto a nivel emocional, como mencionaba con anterioridad, como físico (Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011). A nivel físico debido a que se encuentran expuestas a intervenciones médicas como los chequeos de salud, las estimulaciones ováricas a través de inyecciones, extracción de óvulos e inserción de embriones, *“La repetición de los ciclos de tratamientos, debido al fracaso de intentos previos, es otro de los factores de estrés de los procedimientos de reproducción asistida”* (Lic Veiga, Puccio y Tamburell (2013)). A su vez, el estrés está relacionado con el sentimiento de vulnerabilidad, consecuente del número de tratamientos realizados, las complicaciones de no lograr gestar o en caso de conseguirlo, que no llegue a término (Moscuzza, 2016), al igual que la idea de depender constantemente de un tercero para poder avanzar con el tratamiento.

Estas maneras de sentir y la sensación de no poder controlar la situación, el agotamiento, el creer que no hay posibilidad de lograr el objetivo, el miedo y la incertidumbre, pueden generar **angustia**.

“La angustia es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo (Ayuso, 1988). Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos. En ella participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, por lo que conlleva inevitablemente un abordaje integral desde todos los campos mencionados.” (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003, p.27)

Al enterarse de su dificultad para gestar, sufren un rompimiento en el imaginario de tener un hijo y formar una familia, generando la necesidad de rearmar su vida y pensar cómo afrontar y seguir adelante con lo acontecido (Guelvenzu Rebollo, 2023). El hecho de que su ilusión se vea acomplexada les quita las esperanzas y entusiasmo, anudando un vacío, tristeza, y una incapacidad de accionar como consecuencia de la angustia, viéndose alterada la motivación y la iniciativa, por lo que podrían abandonar el tratamiento si sus padecimientos no son trabajados. El sentimiento de angustia es muy difícil de abordar sin ayuda externa, en este caso paraliza a las personas obstaculizando las maneras de alcanzar el objetivo deseado, nublando la posibilidad de sentirse mejor y seguir adelante, anulando las soluciones posibles.

“La angustia puede ser adaptativa o no, dependiendo de la magnitud con la que se presenta y del tipo de respuesta que se emita en ese momento [...] El sujeto no se ve capaz de iniciar una acción que alivie el sentimiento que está provocando esa angustia; ese estado de indefensión es el que le impide ser libre. Como consecuencia, esto conlleva un