



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Trabajo Final de Grado

Modalidad: Producción teórica - Monografía

Deseo, pérdida y resignificación de la identidad femenina luego de intentos fallidos de reproducción asistida

ABRIL LIESEGANG FONTES

CI: 5233964-9

Docente Tutora: Prof. Adj. Dra. Maria Carolina Farías

Docente Revisora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

Montevideo, Uruguay

Octubre, 2025

Tabla de contenido

Tabla de contenido	2
Introducción	4
Capítulo 1. Entre deseos y mandatos	7
1.1 Mujeres y maternidad a lo largo del tiempo	7
1.2 Mujeres y maternidad en la modernidad y época contemporánea	8
1.3 La posibilidad de elegir: ser mujer en la actualidad	11
Capítulo 2. El deseo de hijo y la irrupción de la infertilidad	14
2.1 Concepto de infertilidad y aportes de distintos autores	16
2.2 Efectos psicológicos de la infertilidad	18
2.3 Técnicas de reproducción humana asistida como alternativa para lograr la concepción	23
2.3.1 Repercusiones psicológicas de los procesos de reproducción asistida.	27
Capítulo 3. Se intentó y no se logró: duelos invisibles por la no maternidad	30
3.1 Reconstruyendo el sentido después de la pérdida	34
Reflexiones finales	41
Referencias	43

Resumen

El presente trabajo, se centra en abordar las implicancias psicológicas, sociales y simbólicas que atraviesan las mujeres frente a la imposibilidad de concretar la maternidad biológica y la consecuente resignificación de su identidad, luego de intentos fallidos de reproducción asistida. A través de un recorrido histórico, se examina cómo los mandatos socioculturales han asociado la identidad femenina a la función materna. En este marco, la infertilidad emerge no sólo como una limitación biológica, sino como una herida identitaria que irrumpe de manera inesperada en quienes la vivencian. Así, se aborda la infertilidad según quienes la conciben como un “fenómeno del padecimiento”, más allá de su dimensión clínica, entendiéndose la misma como una “crisis de sentido” en relación a cómo los sujetos perciben su cuerpo. A partir de ello, se enfatiza sobre los efectos psicológicos que emergen del diagnóstico de dicha condición, introduciendo las técnicas de reproducción asistida como alternativa en la búsqueda del deseo reproductivo, así como también, las consecuencias emocionales que pueden derivarse de estas. Por otro lado, se abordará el marco normativo uruguayo en lo que respecta la utilización de dichas técnicas, considerando que el mismo, posee limitaciones prácticas que dejan de lado dimensiones psicológicas y obstaculizan la atención integral de los usuarios. Finalmente, se explora desde las nociones de duelo como algunas mujeres tomadas por el dolor de aquello que no pudo ser, emprenden un proceso de resignificación de sus vidas, en búsqueda de nuevos sentidos que les permitan reconstruir su identidad desde nuevos aprendizajes.

Palabras claves: mujeres, maternidad, deseo, infertilidad, duelo, resignificación.

Introducción

Desde la psicología, entendemos que la maternidad es un concepto complejo, que va más allá de un mero estado o cualidad, ya que desde el momento en que el término, hace piel en las mujeres, se activan dimensiones biológicas, histórico-sociales, culturales y psicológicas que transformarán de manera profunda el sentido identitario por el cual estarán implicadas (Donath, 2016). No obstante, “cuando el cuerpo destinado a la reproducción no responde surge la vergüenza y la culpa por la propia falencia” (Ormart, 2020, p. 73).

Es así, que a partir de que emerge en muchas mujeres el deseo de maternidad y no logra materializarse debido a una condición como la infertilidad, la mujer se enfrenta de maneras existenciales a un mundo de preguntas sin respuestas, inherente a sus propias vivencias. En la búsqueda del “hijo anhelado” (Arranz et al., 2001, p.135) las técnicas de reproducción asistida son una alternativa a las que muchas mujeres y sus parejas con diagnóstico de infertilidad recurren, enfrentándose así, a una serie de intervenciones que impactarán de manera profunda en su estilo de vida, tanto a nivel físico como psicológico durante todo el tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la infertilidad como un problema de salud global grave, que afecta a 1 de cada 6 personas en el mundo a lo largo de su vida. Se trata de una condición clínica del sistema reproductor femenino o masculino, que imposibilita a una pareja lograr un embarazo luego de al menos 12 meses de relaciones sexuales ininterrumpidas sin la utilización de métodos anticonceptivos. La misma se puede clasificar en 2 categorías: “primaria” que ocurre cuando existe la incapacidad para lograr la concepción, o “secundaria” cuando se presenta la infertilidad tras haber logrado un embarazo previo.

Según el *Manual de procedimientos para el manejo sanitario en reproducción asistida* (MSP, 2014) esta condición, no se reduce únicamente a consecuencias estrictamente fisiológicas sino que además, afecta de manera global a la persona, la pareja y su entorno. Provocando con ello, un gran desgaste a nivel psicológico que puede verse manifestado en cuadros depresivos debido a que aumentan los niveles de estrés y ansiedad con sentimientos relacionados a la baja autoestima, frustración y resignación (Palacios & Jadresic, 2000). Por esta razón, es de vital importancia que sea reconocida y abordada por profesionales competentes, que cuenten con formación en el área y posean herramientas para priorizar y propiciar el bienestar integral de quienes reciben el diagnóstico (MSP, 2014).

Con la promulgación de la *Ley N.º 19.167* (2013) en Uruguay se reguló el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida, con el fin de ampliar los derechos y posibilidades reproductivas de muchas personas, garantizando la aplicación de las mismas de manera ética y científicamente acreditada tanto para procesos de alta y baja complejidad como: la fecundación in vitro (FIV) y la inseminación artificial, entre otras de las cuales, amplían opciones y posibilidades de concretar el deseo de maternidad y paternidad. Sin embargo, si bien se busca ampliar derechos, la misma se enfoca en aspectos biologicistas que dejan de lado el abordaje integral, afectando de manera directa a la población destinataria.

Es por ello que un punto esencial a resaltar es que, antes, durante y después de la aplicación de las técnicas, no se encuentra estrictamente contemplada la cobertura psicológica necesaria para las mujeres y sus familias que se ven enfrentadas a transitar dicha experiencia, la cual trasciende el plano clínico y se convierte en un acontecimiento crucial asociado a la incertidumbre, que desafía de manera profunda, la realidad y el futuro de las parejas que lo atraviesan (Parada, 2006). Desde esta perspectiva, se pretende enfatizar en que la vivencia de estos sucesos, afectan a los sujetos involucrados de manera biopsicosocial, siendo además las mujeres, quienes ponen el cuerpo, propensas a enfrentar conflictos psicológicos derivados de los efectos de dichas intervenciones, sumado

cuestiones que tienen que ver con la presión social, la edad límite y la incertidumbre ante el éxito reproductivo (Arranz-Lara et al., 2001). De esta forma, como plantea Omart (2020) un hecho para el que biológicamente “nacemos preparadas”, se torna un camino dirigido y sinuoso. Por otro lado, muchas mujeres y sus parejas, que luego de varios intentos de concepción no logran los resultados esperados, se verán expuestas, a transitar la pérdida de un futuro idealizado y anhelado. Retomando los postulados de Arranz-Lara et al. (2001), en esta experiencia se pondrán en juego, cuestiones identitarias que buscarán dar sentido y resignificar la realidad vivida desde el plano físico, emocional, social y vincular.

Siendo estas cuestiones de vital importancia para la atención y el tratamiento integral de mujeres que se enfrentan a tales dificultades, este trabajo busca desarrollar aspectos teóricos que permitan reflexionar acerca de la complejidad de situaciones por las que atraviesan las mujeres antes durante y después de someterse a técnicas de reproducción humana asistida, para llevar a cabo su deseo de convertirse madres y verse enfrentadas a experimentar su imposibilidad.

Capítulo 1. Entre deseos y mandatos

1.1 Mujeres y maternidad a lo largo del tiempo

Desde siglos pasados, la figura femenina ya se encontraba asociada a la “virtud” de dar vida y prosperidad. Dalton (1996) en su análisis sobre las concepciones de la mujeres en las narrativas literarias y filosóficas de la Grecia antigua, evidencia cómo las mismas estaban asociadas a su “don” de fertilidad, fundamental para la conexión con la naturaleza y el crecimiento de las cosechas. De esta forma, las diosas representaban la continuidad de la vida, gracias a su fuerza creadora y virtudes como la sabiduría, la protección y la fortaleza. En este sentido, eran asociadas con asegurar un porvenir de abundancias como también “responsables” de las pérdidas y desgracias de la comunidad. La autora remarca que, todos estos mitos y construcciones fundacionales que asocian a la mujer con “la sexualidad, gestación, parto, crianza y cuidado” (p.420) fueron creando desde la cultura occidental, un discurso de mujer fuerte y bella al mismo tiempo que incompleta e intelectualmente débil y subordinada al hombre. Siguiendo esta línea histórica, Palomar (2005), retomando los aportes de Knibiehler (2000,2001), plantea que en dicha época, aunque la mujer se asociaba principalmente al rol de maternaje la palabra “maternidad” no figuraba en griego ni en latín. Castiñeyra (2019), quién realiza un análisis sobre cómo se representaba la imagen femenina a través del arte, plantea que, si bien en la Edad Media la mayoría de las mujeres se encontraban “bajo el dominio masculino” (p.131) siendo su rol principal el de maternaje y cuidados, si por alguna razón no contaban con la presencia del hombre en su familia, desarrollaban actividades rurales y comerciales, las cuales fueron indispensables sobre todo en épocas de guerra. Dicha autora, también incorpora el aporte de Anderson y Zinsser (2009) quienes señalan el valor de la figura femenina en los conventos, donde muchas mujeres comenzaron a utilizar el espacio, para realizar diversas actividades con el fin de

liberarse de las presiones del entorno. En el contexto religioso aparece el término “maternitas” ligando a la imagen de mujer/madre con la Virgen María, es decir, una mujer pura, espiritual que protege y educa, distinta a la figura de Eva como pecadora y merecedora de sufrimiento (Palomar, 2005). Como profundizaremos más adelante, la autora Ormart (2020) analiza como la trascendencia de este discurso religioso en la actualidad, afecta a muchas mujeres con diagnóstico de infertilidad, que en pos de lograr la concepción, se entregarán por completo al sufrimiento, aceptando si es necesario, todo tipo de técnicas para lograr el embarazo, como si ello fuera un requerimiento para sentirse dignas de la maternidad.

Se puede apreciar entonces, como todos estos dispositivos crean significados, por medio de los cuales, se va diseñando cierta forma de vida y existencia, Deleuze (1989). Por lo tanto, resulta pertinente considerar, que cómo significamos la realidad, es producto de discursos y saberes, que a lo largo del tiempo configuran nuestra subjetividad.

1.2 Mujeres y maternidad en la modernidad y época contemporánea

En línea histórica con lo expuesto anteriormente, Castiñeyra (2019) plantea que en los comienzos de la época moderna, puntualmente en el Renacimiento, las mujeres eran asociadas a su rol de esposas. El matrimonio para muchas, era considerado una meta a la cual deberían llegar para darle estatus y completitud a sus vidas. Así, las mujeres cumplían el papel principal en cuestiones domésticas, como también, en lo relacionado a la educación de los niños y con ello la transmisión de valores hacia el futuro. Desde pequeñas, eran instruidas sobre cómo ser buenas esposas y madres. De esta forma, el bienestar del grupo familiar dependería de las “buenas acciones y compromiso” que mantuvieran las mismas en su hogar. En esta línea, la autora señala, que en dicho período comienzan a aparecer

ilustraciones, donde se representaba a las mujeres como “vírgenes de la leche” (p.154). Las mismas transmitían la visión humanizada de la Virgen como ideal al que muchas mujeres deberían aspirar al ser madres. Dicha autora enfatiza, al igual que Dalton (1996), en que las producciones artísticas y literarias relacionadas a lo femenino, eran descritas desde la visión que los hombres tenían de las mujeres en los tiempos históricos mencionados. Con el advenimiento de la Ilustración, donde reinaba el pensamiento científico y comenzaba a gestarse el desarrollo industrial, el rol de mujer como esposa y madre amorosa, termina de consolidarse, siendo indispensable para la conformación de la vida familiar. Se incorpora a su vez la parte “humana” a la visión de mujer “ideal” que se venía forjando hasta el momento. De esta manera, ambos términos quedan “unidos”, siendo el “amor maternal” necesario para el desempeño como “buena madre” función determinante para la crianza de los hijos. Así, esta perspectiva de mujer, se sostuvo hasta finales del siglo XIX en Occidente (Palomar, 2005).

Foucault (2005) en sus escritos, analiza cómo en estas sociedades, el papel del sexo para la función reproductiva ya comenzaba a tener relevancia en la aplicación y regulación de ciertas normas de orden y control social. De esta forma, el foco estaba dirigido a la construcción de la familia como productora y reproductora de sentidos, es así, que los roles de hombre como “protector y proveedor” y de mujer como gestante de todos los aspectos de dicha estructura, no son casuales y han calado hondo en las representaciones sociales de lo que significa ser de un género u otro, haciéndose casi imposible separar la institución familiar de la definición de ambos. La feminista Adrienne Rich (1986) del mismo modo expone, como muchas mujeres durante la época industrial, permanecían un período largo de sus vidas embarazadas y dedicadas a la arduo mantenimiento del hogar y sus hijos. Así también, muchas otras que decidían trabajar fuera del ámbito doméstico, eran juzgadas ya que “el bienestar de los hombres y de los niños era la verdadera misión encomendada a las mujeres” (p.97). En este sentido, la autora problematiza lo siguiente: “resulta irónico que sea

precisamente la institución maternal la que, en una época de control de la natalidad, haya influido para que las mujeres no fueran madres” (p.326). Es decir, el sistema imponía la maternidad como algo inherente a la mujer, con una visión rígida, exigente y sacrificada de cómo debían comportarse, lo que terminó por generar efectos agobiantes y muchas de ellas, optaron por rechazar la maternidad en sí misma. Rich (1986), también plantea como otras tantas, que se atrevieron a seguir un rumbo diferente, pudieron reflexionar y reescribir la maternidad y sus vicisitudes sin estar inmersas en dicho estereotipo, lo que contribuyó a generar cuestionamientos en cuanto al rol femenino en la sociedad. “Muchas de las grandes madres no lo fueron biológicamente” (p.327).

Las autoras Osta y Espiga (2018) analizan cómo, paralelamente en el contexto uruguayo, específicamente en la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX, la medicina ocupó un lugar determinante en la transmisión y regulación de normas sanitarias debido a la gran preocupación por los elevados números de mortalidad infantil. Se exigían una serie de pautas, extraídas en su mayoría de manuales europeos, donde se promovió la transmisión y práctica de hábitos saludables en mujeres y recién nacidos creándose al mismo tiempo, manuales médicos donde se instruyó a las mujeres en “la ciencia maternal” o “maternología” (p.109). De esta forma, la primera infancia de los niños era el interés principal de la época, y las mujeres eran las encargadas de promover el buen desarrollo infantil para el futuro de la sociedad. Así, al igual que en los países europeos, se buscaba que las niñas desde pequeñas, adquieran comportamientos que potenciarán su rol femenino pero sobre todo, como futuras madres. Se convirtió la maternidad en un “deber ser” moral y social de principal interés institucional, visión que se mantuvo hasta finales del siglo XX.

1.3 La posibilidad de elegir: ser mujer en la actualidad

Siguiendo con los aportes de Guillonezi (2017) estos roles estereotipados, abrieron espacio a que muchas mujeres cuestionaran su lugar, y se rebelasen frente a un sistema que anulaba, desgastaba y controlaba sus comportamientos en pos de un orden social funcional para la época. A raíz de ello, surgieron movimientos feministas y luchas para reivindicar su existencia y autodeterminación. Como plantea Lamas (2022), con el advenimiento de la segunda ola del feminismo, muchas mujeres por medio de protestas y movilizaciones lograron evidenciar ciertas problemáticas relacionadas a la necesidad de su reconocimiento más allá de los mandatos establecidos, con el lema “lo personal es político”(p.408). En etapas posteriores, la lucha avanza hacia despojarse de la subordinación patriarcal, emancipandose del “deber ser” como mujer, madre y esposa. Es así, que a principios del siglo XXI los movimientos se dirigen a la participación de las mujeres en el ámbito público, lugar donde predominaba la figura masculina. Luchaban por la creación de políticas en temas relacionados a la salud, sexualidad, educación y violencia de género, que a su vez, contemplaran los derechos y necesidades de mujeres de todos los sectores económicos. Se promovía el involucramiento y la inclusión masculina, ya no desde un lugar de jerarquía, sino desde la reflexión y conciencia de las problemáticas compartidas (Lamas, 2022).

En cuanto a la maternidad, los debates contemporáneos promueven el hecho de que la misma pase a ser una elección y ya no una imposición. “La maternidad no es un hecho natural, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia” (Palomar, 2005, p.36). En la actualidad, debido a todas estas transformaciones sociales que se mencionaron, las mujeres han adquirido más autonomía y control sobre su propia vida, pudiendo elegir cuándo y cómo ser madres, si es que quieren serlo. Asimismo, los avances socioeconómicos de la población general influyen en la toma

de esta decisión debido a la gran cantidad de mujeres insertas en el mundo laboral, que eligen transitar ambos universos. Aunque ello implique, como plantea la autora Faur (2014), ser “mujeres malabaristas”, que deben mantener un equilibrio, entre las exigencias y demandas del trabajo, pero también las responsabilidades del ámbito familiar, dentro de contextos que aún reproducen desigualdades de género e inducen a una visión de “empoderamiento” desgastante de esa mujer que todo lo puede, segura de sí misma, independiente. No obstante, a pesar de los grandes desafíos que implica convertirse en madre, muchas mujeres tienen la posibilidad de elegirlo de manera deseada y en el momento que consideren adecuado. Sin embargo, esto no implica que se encuentren exentas de las presiones sociales que hacen al ideal de madre de la actualidad.

Son muchas las que hoy, deciden postergar la maternidad debido a diversos factores sociales que influyen nuevamente en la toma de esta decisión, como plantea Lamas (2022) estas mujeres son conocidas como las “madres tardías” (p.384). Molina-García et al. (2019) en su estudio sobre fecundidad, demostraron cómo en algunos países europeos muchas mujeres postergan su elección de tener un hijo para luego de sus 35 y 40 años, debido a diversos factores relacionados con: priorizar sus estudios, no poseer una estabilidad laboral y económica, contar con problemas de salud crónicos, y no mantener una relación de pareja estable, entre otros. Dichos autores, también observaron que el hecho de elegir retrasar la maternidad, podría influir en la necesidad de la utilización de técnicas de reproducción asistida (TRA) para concebir el embarazo como también, la necesidad de asistencia y seguimiento médico más riguroso durante el mismo. Este fenómeno está sucediendo ya hace varios años en varias partes del mundo, Lamas (2022) plantea, como mujeres estadounidenses deciden postergar su maternidad para luego de sus 35 años de edad, siendo precisamente ese tramo etario, cuando las expectativas sociales más se intensifican y en el intento de atenuar las presiones e intentar integrar su desarrollo profesional a su deseo de ser madres, toman la decisión de congelar óvulos y lograr previamente un

crecimiento académico satisfactorio. La autora también plantea que esta situación se traslada a países de América Latina. Por su parte, Varas et al. (2022) en un estudio con mujeres chilenas, evidenciaron que muchas de ellas, con mayor nivel socioeconómico, postergan el inicio de la maternidad, ya que poseen los medios para elegir invertir el tiempo en su crecimiento laboral y profesional. Sin embargo, al retrasar la concepción, se ven enfrentadas a un período reproductivo más corto, mientras que los grupos de menor nivel “socioeconómico”, tienden a iniciar la maternidad en edades más tempranas, lo que resulta en un mayor ciclo reproductivo, que aumenta las probabilidades de embarazo. Cabe aclarar, que mencionar estos datos, no pretende demonizar ni considerar como inadecuada la postergación ni el adelanto de la maternidad, sino dar cuenta de algunos factores sociales que influyen en muchas mujeres a la hora de tomar la compleja decisión de traer un hijo al mundo, como también los efectos que derivan de esta.

Lamas (2022), plantea que, preguntas cómo: “¿Y cuándo te vas a quedar embarazada?”, “¡Ya quiero tener nietos!” o “Se te está pasando el tiempo para tener hijos” (p.388) ejercen presión sobre las mujeres, al mismo tiempo que evidencian la persistencia de una mirada tradicionalista de personas que siguen entendiendo la maternidad como “destino natural” que dará completitud a la mujer. Del mismo modo Fernández (1993) ya cuestionaba en su libro *“La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres”*, el imaginario femenino que se venía reforzando en la sociedad, de que “para ser mujer se necesita ser madre” (p.165), siendo estas creencias, creadoras de significados que influyen de manera directa e indirecta en las percepciones y autopercepciones de hombres y mujeres. Desde esta perspectiva, se concibe la maternidad como un fenómeno histórico, sociológico, y antropológico, pero también subjetivo, sumamente complejo que, para poder comprender y analizar, se deben tener en cuenta todas sus dimensiones desde una mirada crítica y reflexiva que haga énfasis en los elementos a partir de los cuales se constituye (Palomar, 2004).

Capítulo 2. El deseo de hijo y la irrupción de la infertilidad

Como se ha expuesto previamente en el capítulo anterior, la maternidad a lo largo de los años ha sido construida como un destino y mandato social inherente a la identidad de las mujeres: “la fertilidad está entendida como la virtud del cuerpo, en tanto cumplimiento del mandato cultural” (Rojas & Castañeda, 2021, p.58). Sin embargo, gracias al empoderamiento femenino, son muchas las que hoy pueden decidir ser madres por elección. Pero como plantea Palomar (2004), debe tenerse en cuenta que, a pesar de que este deseo surja del mundo interno de cada mujer, también forma parte, de un contexto sociocultural específico y las decisiones tomadas, estarán intrínsecamente influidas por este. “Hoy en día, el hijo es el fruto de un deseo y de un proyecto parental. Ya no se supone que los hijos llegan «por casualidad», ya que la futura figura parental elige el momento de hacer realidad la procreación” (Bogliatto, 2023, p. 42).

A largo del tiempo, se ha sostenido la idea de que el coito sin protección de manera natural y casi automática lograría la concepción, generando muchas veces, un sentido incierto de ese “antes y después” como también, expectativas presentes y futuras en torno a la misma. Es así, que cuando esto no ocurre e irrumpe inesperadamente la infertilidad, puede ser vivenciada como “una experiencia traumática” (Archetti, 2024, p.1). Ya que “un cuerpo de mujer debe ser capaz de dar a luz y un cuerpo de hombre debe ser capaz de embarazar a una mujer” (Rojas & Castañeda, 2021, p.48). De esta forma:

El asombro que genera la ausencia de “naturalidad” en el proceso procreativo (el hecho de que los/as hijos/as “no vengán”) una vez que se ha iniciado la búsqueda reproductiva, se basa en una serie de suposiciones respecto del futuro personal que la infertilidad viene a disputar. (Ariza, 2014, p.50)

Según las autoras Rojas y Castañeda (2021) la fertilidad se concibe entonces, como una cualidad que potencia el cuerpo y mantiene el orden de la estructura social. Por el contrario, la infertilidad, se presenta como la falla o incompletitud, que desintegra y afecta la identidad, como también el sentido de lo que significa ser hombre o mujer. De esta forma, el entramado de significaciones socio-históricas que se tienen en torno a los conceptos de familia, fertilidad, mujer, hombre, maternidad y paternidad, direccionan y dan sentido a las experiencias y prácticas de la vida cotidiana.

La infertilidad, que imposibilita cumplir el mandato biológico de continuidad de la especie según los roles de género asignados, es vivida como un padecimiento donde muchas veces la vergüenza adquiere un papel central debido al estigma que aún hoy, sigue reproduciéndose en diferentes contextos (Rojas y Castañeda 2021). Por otro lado, Smajdor y Cutas (2025), proponen comenzar a pensar por separado la reproducción del concepto de paternidad o maternidad meramente biológica, ya que con los avances biotecnológicos en las formas de lograr la concepción, ha quedado demostrado que la reproducción trasciende un proceso calificado históricamente como natural, que no se reduce al significado de “madre o padre” sino que la misma, está compuesta por aspectos históricos, sociales, culturales y jurídicos que no pueden enmarcarse en una visión estrictamente biologicista. “La reproducción biológica es una expresión concreta para objetivar al cuerpo masculino y al cuerpo femenino, que al no concretarse provoca padecer y sufrimiento” (Rojas y Castañeda, 2021,p.64). De esta manera, como mencionan los autores Putin et al. (2023), no solo se revela un diagnóstico, sino que se descubre la “pérdida de una identidad imaginada materna o paterna” (p.6).

En esta línea, Ruja Bracamonte et.al. (2021) plantean que:

Descubrir la infertilidad es un duro proceso que se inicia con la búsqueda natural del embarazo, continúa con la sospecha de la infertilidad y finaliza con la búsqueda y recepción del diagnóstico que se acompaña de la vivencia de un duelo. (p.11)

De este modo, quienes transiten esta experiencia, se verán enfrentados a un mar de cuestionamientos relacionados con dicha imposibilidad, donde la ola más grande llevará el nombre de incertidumbre, y la capacidad de tolerancia y resiliencia, jugarán un papel fundamental a la hora de enfrentar los desafíos, que irán trazando el camino en la búsqueda de respuestas.

2.1 Concepto de infertilidad y aportes de distintos autores

La infertilidad según la Organización Mundial de la Salud (2024) como se mencionó al inicio, es una patología que afecta al sistema reproductor masculino o femenino suponiendo una serie de fallas orgánicas, las cuales imposibilitan la capacidad de lograr un embarazo tras un año o más de relaciones sexuales sin protección. Afecta aproximadamente a 1 de cada 6 personas en edad reproductiva en todo el mundo.

Rujas Bracamonte et al. (2021) afirman que el 30% de los casos de infertilidad puede corresponder a factores femeninos, el otro 30% a causas masculinas, siendo un 25% las causas mixtas y un 15% se atribuye a causas desconocidas. “A pesar de ser un problema que afecta de igual manera a hombres y mujeres, las mujeres han sido y siguen siendo consideradas las responsables de la reproducción”(p.1). Las causas orgánicas en hombres, suelen relacionarse con alteraciones en la producción o movilidad de los espermatozoides, mientras que en las mujeres se asocia a disfunciones en los ovarios, el útero, las trompas de Falopio o el sistema endocrino. Se distingue entre infertilidad primaria, es decir cuando nunca se ha logrado un embarazo, y se denomina secundaria cuando ya se ha experimentado un embarazo previo, y luego no se pudo volver a concebir.

Por otro lado, Parada (2006) sostiene que, según la comunidad científica existen condiciones que pueden influir de manera parcial o total en el incremento de la infertilidad como tal y en los problemas de concepción. Entre ellas se destacan: “el consumo de drogas, el estrés, la ansiedad y las enfermedades de transmisión sexual” (p.150). Al mismo tiempo, la autora menciona otros factores determinantes que inciden en la actualidad como: las prácticas laborales, donde muchas veces la sobrecarga de objetivos a cumplir generan un gran estrés sostenido en el tiempo, las formas de vida diaria que exigen un ritmo acelerado y como se mencionó al inicio, la decisión de postergar la maternidad, la cual afecta las probabilidades de lograr el embarazo.

En línea con lo anterior, Martínez-Mollá & Martínez-Ruiz (2024) citando los datos de American College of Obstetricians and Gynecologists (2022) plantean que, no existe una edad exacta en la que se pueda determinar el momento en que se pierde la fertilidad, sin embargo, a partir de los 35 y 40 años especialmente en mujeres, con la progresiva aparición del climaterio, las posibilidades de lograr la concepción de forma natural, comienzan a disminuir. En el caso de los hombres, según la National Library of Medicine (2024) la edad no suele ser un predictor común de la fertilidad masculina, aunque con el envejecimiento, pueden experimentar cambios graduales en su aparato reproductor pero aún así, la capacidad de engendrar hijos suele mantenerse. Parada (2006), en palabras de Barón (2001) plantea que “la especie humana es una de las que presenta mayores dificultades para la procreación: una mujer sin problemas de fertilidad pierde dos de cada tres embriones fecundados” (p.150).

Por otro lado Ariza (2014) tomando los aportes de Greil et al. (2010) señala que la infertilidad, suele no ser percibida hasta que aparece el deseo de tener hijos, es allí cuando la ausencia de embarazo se hace presente, que se comienza a sospechar el indicio de una posible dificultad reproductiva, tanto individual como de pareja. De esta forma la autora, siguiendo las ideas de Clarke, Martin-Matthews y Matthews (2006), sostiene que:

Se trata, por lo tanto, de una dolencia silenciosa y clínicamente irrelevante hasta tanto no se busque la descendencia, pero cuya aparición marca un incremento de la conciencia corporal, así como de la distancia entre los deseos y proyectos de la persona y la respuesta del cuerpo. (p.50)

Archetti (2024) propone integrar además, el concepto de “infertilidad involuntaria” el cual permite visibilizar también, la dimensión social que implica “no poder tener hijos sin haberlo elegido” (p.940) es decir, por circunstancias adversas de la vida, que no se asocian directamente a un factor biológico. Algunas de estas son: “haber estado enfermo durante los años fértiles, haber sufrido la muerte de la pareja, o no poder costear la reproducción asistida”, entre otras (Day, 2013, citado en Archetti, 2024, p. 941).

Finalmente resulta importante destacar, que cualquiera de todas las circunstancias mencionadas durante el capítulo, que llevan a las personas a no poder concretar su deseo, requieren ser abordadas con profesionales de la salud, desde un acompañamiento integral, que contemple el sufrimiento por el que atraviesan muchas mujeres y hombres en solitario. Teniendo en cuenta que, esta experiencia muchas veces resulta ser silenciada y estigmatizada, y por el contrario, debería ser entendida e integrada como una realidad por la que muchas personas pueden llegar a transitar (Martínez-Mollá & Martínez-Ruiz, 2024).

2.2 Efectos psicológicos de la infertilidad

Retomando los planteos de las autoras Rojas y Castañeda (2021) quienes abordan la infertilidad desde una perspectiva sociocultural, interesa hacer énfasis en que si bien, como se ha mencionado en capítulos anteriores, han sido muchas las transformaciones con respecto a las concepciones de hombre y mujer, persiste en la actualidad el modelo tradicional que asocia a ambos géneros conforme a su capacidad biológica reproductiva. De este modo, la imposibilidad de concebir en el marco de esta mirada determinista, impide

cumplir con los mandatos de género asignados de “hombre-padre mujer-madre”(p.47). Por ello, es vivida como un padecimiento, una “crisis de sentido” (p.44), que se inscribe de manera significativa en el cuerpo de los sujetos, poniéndose constantemente en juego, el límite entre el mundo íntimo de las personas y el entramado social que a su vez “se apropia”, significa y condiciona por medio de estos mandatos, cómo se habita y experimenta esta experiencia. Dichas autoras sostienen que:

La infertilidad tanto en un cuerpo como en otro, es una muestra de cuerpo enfermo, de cuerpo en descomposición, daña el significado hegemónico y legitimado del “ser mujer”, y el hegemónico y legitimado del “ser hombre”, es un fenómeno incongruente con la presentación social del cuerpo.(p.59)

De esta forma, el diagnóstico de la misma, genera una multiplicidad de sentimientos en quienes lo vivencian provocando: “pérdida en su autoestima, angustia sexual, estrés, depresión, culpa, ansiedad, frustración, angustia emocional, problemas matrimoniales, e incluso dificultades en las relaciones con la familia, allegados y amigos” (Maroufizadeh et al.,2015 citado en Ruiz et al., 2020, p.16).

Por otro lado, Parada (2006) sostiene que las respuestas al impacto del diagnóstico varían según la clasificación. Es decir, si se trata de una infertilidad irreversible, la reacción puede asociarse a un dolor de muerte ya que se pierde la ilusión de “el niño soñado, de la salud reproductiva, de la experiencia de un parto, del amamantamiento, etc” (p.152). Si por el contrario, hubieran posibilidades de futuros tratamientos, aparecerán respuestas ambivalentes, ya que se ponen en juego la ilusión y expectativas de éxito, al mismo tiempo que “la anticipación de situaciones y decisiones difíciles”, frente al sentimiento de gran incertidumbre (p.152). En línea con esto, Putin et al. (2023) sostienen que esta serie de pérdidas que se desencadenan a partir de la constatación del diagnóstico, conllevan a un duelo por lo que las personas “no llegarán a tener o a vivir” (p.6).

Con el propósito de reflejar las diversas experiencias de quienes transitan la infertilidad, se presentan algunas narrativas, tomadas de estudios de diferentes autores, con el fin de poder visualizar algunas de las construcciones subjetivas que acontecen ante la vivencia y el diagnóstico de infertilidad, como también las perspectivas teóricas que distintos autores han desarrollado en torno a los efectos psicológicos que genera el mismo. Se abordarán en primer lugar los relatos obtenidos por la autora (Ariza,2014):

Primero no lo podía creer lo que me estaba pasando (...) No existía, no estaba dentro de mis planes, era como que era casarte y tener chicos... El médico estaba equivocado decía yo, no puede ser. (p.50)

Y bueno al principio empezamos a buscar y al mes de no quedar fui al médico. El médico me dijo “no seas ridícula, recién empezaste, esto puede llevar meses”, pero es como que yo sentía que había algo que no, no funcionaba. (p.56)

Sería como una forma de demostrar tu fracaso como mujer al no poder tener hijos (...) Es como decir “bueno, listo, mirá, tuve que adoptar porque soy una fracasada como mujer porque no pude tener hijos” [...] “Yo me sentía culpable de no poder quedar embarazada. (p.57)

Siguiendo los aportes de Parada (2006) se puede vislumbrar, el estado de “shock” ante la “realidad difícil de aceptar” que se produce al recibir el diagnóstico, como también, la sospecha y negación automática del mismo (p.154). Ariza plantea además, que el presentimiento del diagnóstico, suaviza en cierta forma, el impacto. Retomando a Parada (2006) también se pueden vislumbrar sentimientos de culpa ante la imposibilidad de lograr la concepción y además “tener privar” a la pareja de tener hijos, por último, se pueden apreciar sentimientos de “pérdida de control”, ante la emergencia de la necesidad de resolver la falta en el futuro (p.154).

Por otro lado, retomaremos algunas narrativas que aportan Rojas y Castañeda (2021) las cuales incluyen experiencias masculinas:

Ser padre es una forma también de probarme como hombre, no sólo es el hecho de haberme casado, no he sido padre, y eso es algo que debería ser importante para todos los hombres del mundo, incluso si fueran homosexuales, esa es la mejor manera de demostrar al mundo lo que uno vale y que uno es hombre. (p.54)

Me siento un hombre incompleto, a veces hasta me pregunto para qué me esfuerzo tanto en el trabajo, para qué superarme profesionalmente, sino no tengo yo quién disfrute de esos éxitos... (p.66)

En dichos testimonios, puede verse reflejado lo expuesto por las autoras referido a que para muchos hombres, la infertilidad afecta profundamente su autoestima, provocando sentimientos de fracaso en lo público y privado “sentirse padre es sentirse hombre” (p.55). Al mismo tiempo, puede relacionarse a lo planteado por Alamin et al. (2019) con respecto a como la infertilidad, es vivenciada como una amenaza a la identidad y virilidad masculina, ligada a sentimientos de frustración e incompletitud, debido al hecho de no poder ejercer su función paternal para que se genere descendencia en la sociedad.

Por último, se toman relatos obtenidos por las autoras Martínez-Mollá y Martínez-Ruiz (2024):

(...) “nunca me lo hubiera imaginado, sientes vergüenza de ver que no eres capaz de dejar embarazada a tu mujer” (p.13).

(...) “no quería ni ir a ver a esa amiga, que había tenido un bebé, porque no, no podía verla, porque yo era verla y decir: es que yo eso no lo voy a tener nunca” (p.14).

“Está claro que vivimos en unas generaciones donde parece que primero tienes que estudiar, disfrutar (...) y buscas el momento y parece que cuando lo encuentras es tarde” (p.18).

En estas declaraciones, según lo planteado por Palacios y Jadresic (2000), se puede nuevamente evidenciar la vivencia de “shock”, “culpa” y “vergüenza” tras descubrirse hombre infértil e insuficiente, que carece de una función biológica elemental para la concepción. Por otro lado en el segundo relato, los sentimientos de “celos” y “envidia” hacia la mujer embarazada, provocados por la comparación y sentimientos de injusticia constantes. En el último relato también, puede verse reflejada nuevamente la “culpa” y el castigo por haber priorizado otros proyectos personales , aplazado la maternidad (p.4).

Por último, se retoman los aportes de Archetti (2024), quién plantea el abordaje de la infertilidad como trauma, el cual puede reactivar heridas anteriores vinculadas a la niñez. Por este motivo, debe ser reconocida como una “experiencia compleja” y multidimensional que afecta de maneras “existenciales”, “todos los ámbitos de la vida” relacionados a la “identidad”, los vínculos, “la salud y el sentido de pertenencia (o la falta de él)” (p.947). La autora, tomando aportes de Tsigdinos (2022) y Wirtberg et al. (2007), plantea que se ha comprobado, que la infertilidad tiene “consecuencias devastadoras en la salud mental y física de las personas afectadas a largo plazo” (p.941).

Por otro lado, la autora, incorpora el concepto de Zigon (2007), quién define el trauma como un “colapso moral” (p. 138), donde la forma de vida se ve “desafiada” es decir, se pasa de estar en una zona de confort, a sumergirse abruptamente en una experiencia que por su naturaleza disruptiva y arrasante, hace que sea imposible de comprender de manera inmediata lo que sucede” (p.944). La infertilidad entonces, “constituye para la mayoría un éxtasis devastador en los planes de vida”. “El sueño de ser padre, a menudo cultivado incuestionablemente desde la infancia, en sociedades inherentemente

pronatalistas, de repente deja de desarrollarse de forma natural o no se materializa en absoluto” (Brown y Ferree, 2005, citado en Arechetti 2024, p.944).

2.3 Técnicas de reproducción humana asistida como alternativa para lograr la concepción

Se entiende por técnicas de reproducción humana asistida al conjunto de “tecnologías reproductivas que, desde el campo interdisciplinario de la medicina, la biología, clínicas y experimentales”, se ocupan de brindar alternativas “biomédicas” a “individuos o parejas” frente a la imposibilidad de lograr un embarazo (Ariza, 2014, p.43). En Uruguay, dichas técnicas están reguladas por la *Ley N.º 19.167* (2013).

Dicha ley plantea que las técnicas de reproducción humana asistida (TRA) “son el conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para lograr el embarazo” (Art. 1), las mismas se encuentran clasificadas en dos categorías de alta (inducción de la ovulación, inseminación artificial) y baja complejidad (Microinyección espermática, fecundación in vitro, transferencia de embriones/gametos/cigotos, criopreservación de gametos o embriones, entre otras). Los casos de baja complejidad serán financiados por el Sistema Nacional Integrado de Salud a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) cuando la mujer no sea mayor de 40 años. Y en los de alta complejidad serán parcial o totalmente subsidiados hasta un máximo de 3 intentos, por el Fondo Nacional de Recursos (IMPO, 2023).

Esta normativa incorporó un gran avance en materia de derechos referidos a la salud sexual y reproductiva de la población, al reconocer que la infertilidad es un problema de salud que afecta a muchas personas, siendo necesaria la regulación de alternativas que permitan el acceso a todos los que buscan alcanzar el deseo de tener un hijo. Sin embargo, dicha ley

presenta ciertas limitaciones que, sumadas a la gran carga emocional que se experimenta desde el inicio tras la confirmación del diagnóstico de infertilidad, produce como consecuencia que el tránsito por dichas técnicas se transforme en un proceso extremadamente agobiante, para quienes deben afrontarlo. De esta manera, el deseo de tener un hijo se convierte, en una búsqueda incansable cargada de diversos desafíos que se deberán enfrentar.

La autora González (2020) plantea: “el sujeto entra en el tratamiento con una pregunta: ¿Por qué me sucede esto? Y este cuestionar se mantendrá a lo largo de todo el tratamiento pues la única respuesta deseada es el embarazo” (p.75).

Desde un principio se deberá tener en cuenta que, para que se reconozca desde el ámbito médico y se habilite a la sospecha de un posible diagnóstico de infertilidad, las parejas heterosexuales tendrán que constatar haber mantenido al menos 12 meses de relaciones sexuales sin protección. No obstante, según el *Manual de procedimientos para el manejo sanitario en reproducción asistida* (MSP, 2014) en el caso de mujeres solas, mayores de 35 años o con alguna patología relacionada a la infertilidad, las evaluaciones médicas pueden dar inicio al instante.

En un segundo momento, siguiendo con los aportes del manual del MSP (2014) una vez lograda la consulta médica, se procede a la realización de todo tipo de interrogatorios, junto con análisis clínicos que puedan detectar posibles alteraciones en el sistema reproductor, y así poder indagar por qué surge la imposibilidad de concepción. Se debe tener en cuenta que, en los intervalos entre consulta y consulta el tiempo juega un papel crucial, para quienes se encuentran en la edad límite de acceso a las coberturas de dichos procedimientos.

Posteriormente, luego de la realización de los estudios, se realiza la consulta inicial con el médico especialista en salud reproductiva, quién evaluará los resultados obtenidos y de ser

necesario, hará más pruebas pertinentes en el hombre o la mujer que favorezcan a la búsqueda del diagnóstico. Como plantea Parada (2006) estos procesos y tratamientos médicos que conllevan una larga duración, pueden generar tensiones y estrés en las personas, quienes esperan con grandes expectativas e incertidumbre la llegada de resultados. Si bien algunas clínicas de fertilidad, cuentan con equipos multidisciplinarios que ayudan a transitar los tratamientos, resulta llamativo, que no se contemple desde la reglamentación de la Ley la incorporación de apoyo psicológico estricto, que garantice un recorrido saludable por dicha experiencia y así, se atenúe el impacto psíquico de la misma. La consulta psicológica (única) se realiza cuando es necesario la donación de gametos (esperma u óvulos).

De esta forma, mujeres, hombres y parejas, en pos de encontrar explicaciones que den sentido a su incapacidad, son intervenidos por hematólogos, genetistas, ginecólogos, cirujanos, urólogos y demás especialistas. Putin Saura et al.(2023) plantean que las personas tras descubrir la infertilidad, deben “elaborar un proceso de duelo mientras que a su vez, se encuentran enfrentando tratamientos, incertidumbre y esperanza sobre el futuro” (p.5).

Una vez obtenido el diagnóstico, se evalúa el tratamiento a seguir (alta o baja complejidad). En el caso de que se adjudique la inseminación artificial, se deberá tener en cuenta que solo se tiene una tasa de 24% de probabilidades de éxito. El manual del MSP (2014), sugiere no realizar más de tres intentos, siendo un cuarto procedimiento excepcional y negociable. En cuanto a la vivencia femenina, en cada intento de inseminación artificial, donde la mujer pone el cuerpo, se depositan sus esperanzas, expectativas y miedos en soledad o junto con su pareja (Palacios & Jadresic, 2000). Resulta pertinente destacar, que una vez que la mujer supere los 40 años, el SNIS dejará de cubrir los costos del tratamiento, es decir que, si la mujer no logra el embarazo en ese período de tiempo, y no

cuenta con los recursos económicos para seguir intentando, se verá enfrentada a la imposibilidad de concebir.

Por otro lado, si todos los intentos de baja complejidad no resultan exitosos, las pacientes serán derivadas a las técnicas de alta complejidad, las cuales suelen implicar un aumento del desgaste físico y emocional en las mismas. Palacios y Jadresic (2000) sostienen que, durante este recorrido, muchas mujeres atraviesan sentimientos intensos que tienen que ver con las expectativas frente al éxito o al fracaso del tratamiento. Los sentimientos de miedo al dolor, a lo desconocido y angustia aparecen cada vez que la menstruación vuelve como signo de un nuevo intento fallido. Es por ello la importancia del apoyo psicológico en estos tratamientos.

Finalmente, en continuidad con las secciones del manual del MSP (2014), una vez derivadas las mujeres a una clínica de fertilidad para comenzar con las técnicas de alta complejidad, a pesar de estar física y psicológicamente vulnerables, deberán llenar el formulario del Fondo Nacional de Recursos de forma que se habiliten los copagos para poder realizar el tratamiento. Este formulario, debe contar con toda la información sobre resultados de estudios médicos que justifiquen la solicitud. Además, se verán obligadas a permanecer alertas y preparadas durante todo el proceso, no solo de intervenciones médicas, sino que se dispondrán a aceptar y cumplir de manera paciente, con cada requisito administrativo necesario que se solicite. Cabe mencionar, que la cobertura económica de cada intervención, dependerá de los ingresos de los solicitantes, a modo de ejemplo según los datos del Fondo Nacional de Recursos (2025): los métodos de alta complejidad como fecundación in vitro, inyección intracitoplasmática de espermatozoides y ovodonación cuestan \$ 333.938. Este monto podrá ser cubierto por el FNR en cobertura de copago con la mujer o pareja en porcentajes que van desde el 100% al 10% dependiendo del ingreso nominal anual de los mismos. En estos casos, se debe tener en

cuenta que se toma el ingreso nominal de cada persona solicitante, lo que significa que el sueldo real es mucho menor. De esta forma, las personas con ingresos medios son las más afectadas, ya que si en la pareja ambos ganan (entre \$65.760 - \$131.520) al mes en forma nominal, deberán abonar \$83.485 por cada intento del tratamiento.

De esta forma, tras haber buscado un embarazo durante un año, dos o tres, la mujer debe poner el cuerpo al mundo institucional, que le solicita acreditaciones para legitimar su deseo. Por último, a pesar del profundo desgaste por el que resultan afectadas, propensas además, a haber desarrollado secuelas físicas y psicológicas como consecuencia de las intervenciones, tampoco se contempla desde la normativa, la necesidad de apoyo posterior al tratamiento, lo que podría contribuir a evitar el desarrollo de posibles patologías psicológicas posteriores y favorecer a la recuperación emocional luego del tratamiento. Todas estas cuestiones, deberían ser contempladas por el sistema de salud, a favor de poder adjudicar un profesional competente para cada mujer o pareja, que antes, durante y después de todo este proceso, contribuya al sostenimiento, alivio y acompañamiento de esta vivencia (González, 2020). De esta forma, así como se dispone de múltiples especialistas para la búsqueda y el tratamiento del diagnóstico, debería garantizarse la presencia de psicólogos con la formación necesaria, que acompañen el impacto subjetivo que genera dicho acontecimiento.

2.3.1 Repercusiones psicológicas de los procesos de reproducción asistida.

Una vez que las personas toman la decisión de comenzar con las técnicas de reproducción asistida como alternativa para materializar su deseo, se ponen en juego varias cuestiones, entre ellas es la “confirmación de la infertilidad” (Parada, 2006, p.152) y con ello se abre paso a un camino de esperanzas e ilusiones que a su vez, estará tomado por el gran dolor

que produce en las parejas descubrir el diagnóstico de infertilidad y posteriormente sumergirse a transitar este proceso con un estrés constante, expectativas e incertidumbre, enfocadas en el anhelado beta positivo (β -hCG).

Ruiz-Porras et al. (2020) sostienen que todos estos sentimientos a su vez, se verán intensificados debido a las intervenciones médicas constantes, los costos económicos que conllevan una gran tensión emocional debido a no saber si se podrá sostener el tratamiento y el surgimiento de algunos conflictos relacionados a la dinámica de la pareja (si es que se cuenta con una).

Por otro lado, Arranz et al. (2001) sugieren que, el deseo de maternidad, se configura a lo largo de la historia de vida personal y sociocultural de cada mujer. Es así, que las fantasías del hijo soñado, manifiestan aspectos inconscientes, de vacíos en la construcción identitaria de estas mujeres que el hijo vendría a subsanar. Pero ¿en qué medida este deseo de hijo es el motor que justifica el dolor y el sometimiento a todo tipo de intervenciones?. Omart (2020), en su estudio con narrativas de mujeres quienes atravesaron dicha experiencia, plantea como la construcción del discurso religioso, respecto a ser las mujeres merecedoras de dolor y castigos necesarios para el logro de objetivos, aún funciona como estructurador de sentido en los procesos de reproducción asistida. Así, el médico es entendido entonces como el dador del milagro, aquel que sabe y tiene el poder de lograr la concepción. De esta forma, por medio del sufrimiento que ocasionan muchas de estas técnicas, las mujeres se posicionan ante el sentimiento de merecedoras de la bendición de lograr el embarazo.

La autora Tubert (1993) expone:

el sujeto, entonces, se borra y deja su lugar al cuerpo anatómico, a un cuerpo sin referencias subjetivas, sexuales, que será abordado como ajeno a toda estructura, práctica o discurso existente. Esta exterioridad del cuerpo lo convierte en una entidad natural a la que hay que hacer funcionar como debe. (p.351)

Del mismo modo, los autores Palacios y Jardesic (2001) sostienen que los tratamientos de reproducción asistida, conllevan a una profunda carga emocional, sumado a las alteraciones físicas, psicológicas y contextuales que se viven durante todo el tratamiento. Dichos autores, citando a Robinson (1999) y Covington (1995) plantean que además, las mujeres reciben los efectos secundarios de la medicación empleada para muchos de los procedimientos hormonales y como consecuencia suelen manifestar: “irritabilidad, labilidad emocional y aumento de los síntomas del síndrome pre-menstrual” (p.5). Asimismo, el hecho de tener que pasar constantemente por intervenciones como: “laparoscopias, ecografías transvaginales, aspiraciones ovocitarias”, hace a este proceso mucho más complejo y agobiante aún. A su vez, “el acetato de luprolide, utilizado en la fertilización in vitro para la regulación hipotalámico-hipofisaria, puede producir, entre sus efectos secundarios, depresión, problemas cognitivos (de atención, concentración y memoria) y alteraciones de la motricidad fina” (p.9). Por otro lado, dichos autores, plantean también, que estos tratamientos afectan la vida sexual de la pareja debido al estrés y ansiedad que se ponen en juego constantemente al planificar las relaciones sexuales según los ciclos ovulatorios de la mujer.

En este sentido, Ruiz-Porras et al. (2020) señalan que dichos tratamientos, pueden llegar a provocar sintomatología depresiva, tanto en las mujeres como en sus parejas, debido a como se mencionó anteriormente, los chequeos médicos constantes y la suma de intentos fallidos que derrumban las expectativas de éxito y producen sensaciones de fracaso. Por esta razón, sugieren que sería de gran importancia, la creación de programas de intervención psicoterapéuticos que posibiliten el tránsito por dichos tratamientos de una manera más saludable y así, se disminuiría la posibilidad de la manifestación de estos síntomas. Al mismo tiempo, remarcan que la atención debería ser cubierta por los prestadores de salud, debido a la complejidad de los procedimientos.

Capítulo 3. Se intentó y no se logró: duelos invisibles por la no maternidad

Como se mencionó en el capítulo anterior, atravesar por tratamientos de reproducción asistida para concretar el deseo de embarazo, es un gran desafío que implica la compleja decisión de exponerse tanto física como psicológicamente a una serie de procedimientos sumamente extenuantes debido a las grandes expectativas presentes y futuras que se construyen en torno al hijo deseado. Estos tratamientos, no siempre culminan con la concepción del embarazo. Debido a ello, muchas mujeres (en pareja o solas) luego de arduos intentos, se verán enfrentadas a sentimientos de dolor, frustración, impotencia y por qué no, alivio, al soltar este deseo por el cual se encontraban profundamente implicadas y así, comenzarán a transitar la no maternidad desde profundos cuestionamientos existenciales (Hesselvik, 2017).

A continuación se irán articulando testimonios de la web “*La vida sin hijos*”¹ y del estudio cualitativo realizado por Hesselvik (2017) junto a 12 mujeres que atravesaron tratamientos de fertilidad sin éxito:

(...) Llega un momento en que asumís que simplemente, no sucede; y aparece la pregunta ¿Y si nunca llegan los hijos a mi vida? ¿Soy capaz de imaginarme una vida sin hijos? (La Vida Sin Hijos, 2018).

Llegué a un punto en el que pensé: no quiero que mi vida siga en pausa. Quiero vivirla, aunque no sea como madre (Hesselvik, 2017, p. 57).

¹ “La vida sin hijos” (<https://lavidasinijos.com/>) es una web creada en 2018 por Gloria Labay (España) con el propósito de acompañar acompañar el duelo de la NO maternidad sea por dificultades reproductivas u otras circunstancias. Brinda talleres, grupos de ayuda mutua y materiales de apoyo para las mujeres y familias que se acercan a la organización.

Estas mujeres, se encontraban profundamente abatidas, por haber atravesado múltiples pérdidas a lo largo del proceso. Además se debe tener en cuenta que como plantea Bogliatto (2023), ya desde el primer momento en que mujeres y hombres deciden comenzar con dichos tratamientos, se ven enfrentados a renunciar a la idea de concebir de manera natural, teniendo que aceptar la presencia de un tercero para lograr su deseo y así, relegarse a intervenciones muy complejas donde el cuerpo muchas veces llega a su límite. Por otro lado dicho autor sostiene que, las personas que llegan al consultorio lo hacen debido a su diagnóstico de infertilidad, es decir, que es muy probablemente que antes ya hayan pasado por:

Vivir el duelo de abortos de fetos cuyos embarazos no progresaban o en los que había fallado la anidación del embrión, el duelo por los hijos imaginados o fantaseados que nunca llegaron a nacer, el duelo por los embriones congelados que no fueron usados y cuya destrucción fue decidida por los padres... (p.50)

Dichos procesos difíciles de enfrentar, quedan relegados al silencio o al secreto de una pareja, o de una mujer y nadie más que su doctora, debido a la vergüenza y miedo ante los comentarios y prejuicios recibidos incluso por sus círculos más cercanos.

Hacer el duelo por algo que nunca sucedió resulta difícil de transitar y de comprender por nuestro entorno significativo (La vida sin hijos, 2018).

Supongo que en ese momento mi vida y la realidad que había estado persiguiendo simplemente desaparecieron (...) (Hesselvik, 2017, p.58).

Las autoras M.^a Martínez-Mollá y M.^a Esperanza Martínez-Ruiz (2024), sostienen que estas pérdidas por infertilidad primaria o secundaria, no deberían separarse del concepto de “duelo perinatal” porque a pesar de que no haya sucedido la muerte de un bebé a las 22 semanas de gestación, todas las pérdidas mencionadas anteriormente merecen ser validadas, comprendidas y sobre todo acompañadas sin juicios que minimicen ese dolor.

Dichas autoras tomando los aportes de Abdishahshahani et al. (2020) sostienen que muchas parejas se ven obligadas a transitar este gran dolor en su intimidad , debido al gran estigma que existe en la sociedad la cual no comprende la magnitud del dolor frente a dicha imposibilidad, siendo este, un duelo no reconocido.

De esta manera, se torna absolutamente preocupante y devastador para quienes viven esta experiencia, el hecho de tener que hacerlo solos, debido a la falta de reconocimiento que se tiene desde el punto de vista social, e incluso muchas veces de los equipos médicos, que no cuentan con herramientas suficientes para reconocer sostener y habilitar la emergencia y elaboración de dichas pérdidas (Movilla Fernández, 2024). Rujas Bracamonte et al. (2021) plantean de acuerdo a su estudio, que muchas mujeres manifestaron sentirse incomprendidas al momento de compartir su dolor con familiares y amigos cercanos, hecho que provocó algunas conductas de aislamiento, por la falta de comprensión con la que debieron lidiar. También constataron, que cuando las mismas se animaron a compartir con mujeres que atravesaron por situaciones similares, pudieron naturalizar su experiencia , lo que produjo en ellas sensaciones de alivio y contención.

Palacios y Jadresic (2000), en palabras de Syme (1997), sostienen que el duelo por infertilidad que atraviesan las personas con dificultades reproductivas se divide en varias etapas: en primer lugar la emergencia del deseo de hijo, que da origen a la construcción de la identidad materna y paterna. En segundo lugar, la sospecha y posterior descubrimiento de la infertilidad. Aquí comienza un proceso de incertidumbre y esperanzas donde aún no se ha concebido por completo la imposibilidad definitiva de lograr un embarazo, debido a no tener la certeza de cuáles serán los resultados en dicha búsqueda. Luego, cuando los tratamientos no dan el resultado esperado. Y finalmente, cuando un embarazo logrado desenlaza en aborto espontáneo.

La elaboración del duelo se hace más difícil en [...] los casos, en los que la pérdida es invisible. Se trata de la pérdida de un hijo que nunca se ha concebido, ni se conoce ni se ha visto, nunca se albergó en el útero y nunca nació. (p.6)

Según La Real Academia Española (RAE,2024) la palabra duelo viene del latín “Dolus” que significa dolor. El duelo duele, y es necesario que así sea, ya que sirve como un proceso de adaptación ante cualquier tipo de pérdidas. Según Otero (2015), es personal único e irrepetible, es decir, que no se experimenta de igual forma en todas las personas. “La elaboración del duelo es más o menos larga y dolorosa, hasta que el doliente consigue adaptarse a la nueva situación. Por todo ello, no podemos concretar su duración e intensidad” (p.49). Por todos los aspectos mencionados, es necesario dar espacio para que el duelo sea elaborado de manera saludable, y no se torne patológico debido no poder expresar las emociones al momento en que surgen. Por otro lado, Acosta (2025) sugiere la importancia que tienen los rituales para poder darle sentido y lugar a dicha pérdida. Los mismos pueden ser diversos actos como colocar una foto en un lugar significativo, encender una vela un día especial, etc. La forma o el objeto que la persona necesite para simbolizar eso que perdió estará bien, ya que dará paso al dolor y permitirá conectar y transformar aquello que se perdió.

Muchas mujeres se encuentran solas transitando todos los sentimientos que implican el hecho de no haber podido convertirse en madres. Como se mencionó en capítulos anteriores, en la actualidad dichas mujeres continúan siendo un motivo de estigma. Incluso ellas mismas se autoperciben como incompletas y poseedoras de un cuerpo dañado (Rujas Bracamonte et al., 2021). La sociedad no habilita su sufrimiento, muchas veces perciben a adultos que no tienen hijos , como incompetentes o con falta de madurez. (Alamin et al., 2019). Esto se ve reflejado en lo que expresa una mujer del sitio web “La vida sin hijos”:

Hoy en día, tengo 41 años, y creo que este tema me ha pegado más últimamente, quizá porque muchas amigas ya tienen hijos, porque otros aún nos preguntaban “¿Y ustedes para cuándo?”. Porque a pesar de llevar 10 años casados, la sociedad no nos considera una familia porque no hay hijos.

Por esta razón, muchas mujeres buscan alternativas donde puedan expresar sus sentimientos más profundos y lo hacen con personas que han transitado sus mismas experiencias ya sea por medio de grupos y páginas web, que habilitan a la comunicación y expresión de sus sentimientos sin restricciones.

Como plantea Ariza (2014) las personas al contactar con su historia, dar forma y coherencia a lo acontecido, van construyendo un orden temporal, que da sentido a lo vivido. Nombrar y lograr tramitar ese dolor, hace que sentimientos de frustración, injusticia y pérdida, faciliten la elaboración del sufrimiento:

Hablar sobre la infertilidad es una manera de aceptarla como una parte más de la persona que la atraviesa, a la vez que una estrategia para generar una imagen de sí distinta ante los/as otros/as (es decir, dinamizar la imagen que los/as otros/as tienen de uno como un ser reproductivo antes del diagnóstico). La puesta en discurso de la infertilidad es una manera de viabilizar una respuesta, de manifestar cierta agencia subjetiva en la búsqueda de una solución. (p. 69)

3.1 Reconstruyendo el sentido después de la pérdida

Muchas mujeres, tras haber vivenciado un gran recorrido, marcadas por el profundo deseo de tener un hijo el cual implicó para ellas someterse a grandes desafíos donde las esperanzas e ilusiones se teñían constantemente de pérdidas y dolor debido no solo a la imposibilidad de concebir, sino también, a la progresiva desintegración de su identidad

como futuras madres. Se verán enfrentadas a la gran complejidad de volver a retomar sus vidas, pero esta vez desde una manera y lugar diferente. Cabe aclarar, que si bien este trabajo se ha centrado más que nada en el análisis de las experiencias de mujeres frente a no poder concretar la maternidad, resulta pertinente destacar, que los hombres también atraviesan múltiples duelos debido ello. A continuación incluiré un poema titulado “Sin Vela” escrito por Robin Hadley (en Archetti, 2020), un padre sin hijos, que narra las experiencias que viven hombres y mujeres ante la imposibilidad de cumplir su deseo.:

Sin vela que encender, sin pastel que cortar, sin pañales sucios, sin dientes que cuidar, sin mano que apretar, sin cuentos que leer, sin sorpresa que fingir, sin obras de teatro que ver, sin zapatos que limpiar, sin dramas en el día del deporte, sin fiestas que organizar/controlar, sin regalos que comprar, sin disculpas que resarcir, sin rasguños que curar, sin besos para consolar, sin lágrimas que secar, sin corazones que sanar, sin vergüenza que causar, sin fotos de graduación tomadas, sin "¿Me ayudas con esto?". Sin nido vacío, sin nieto que abrazar, sin legado que dejar, sin nadie a quien llamar, sin nadie que amortigüe la caída, sin deseos escuchados, sin una vida vivida descrita, pocas lágrimas derramadas. Sin velas encendidas. (p. 240)

Estos relatos nos hacen preguntarnos, ¿cómo se vuelve a habitar un cuerpo tomado por el dolor?. A continuación se retomarán aportes de Archetti (2024), para posteriormente hablar del impacto positivo del tratamiento psicoterapéutico en mujeres, tras haberse sometido a técnicas de reproducción asistida y no haber podido lograr la concepción:

(...) abordar/sanar el trauma de la infertilidad significa prácticamente aceptar una vida sin hijos. Más específicamente, que tener un hijo no es posible, o que más intentos tienen un costo, y ¿está uno dispuesto, libremente y habiendo considerado todas las opciones, a pagar ese precio?" . (p.959)

Archetti utiliza los aportes de Ruppert (2020) sobre el concepto de “traumabiografía”, para utilizarla en su abordaje terapéutico, entendiendo la misma como: una línea de tiempo que se utiliza para poder comprender, cómo las personas afectadas por diversas circunstancias de la vida, pueden reconectar por medio del relato, con esos aspectos personales que ante la irrupción de un conflicto, quedan fragmentados. Es por ello, que su finalidad es tanto “terapéutica como investigativa” (p.949). A partir de allí, plantea en primer lugar que, cuando una persona en terapia deja de aparentar el malestar y pone en palabras que “no se siente bien”, abre paso al reconocimiento de emociones y a la “reintegración” de la parte traumatizada” (p.959).

Los hallazgos de sus estudios evidenciaron como en muchas mujeres surgía la siguiente pregunta: “¿Quién soy si no puedo ser madre?”. Este cuestionamiento se puede relacionar con lo expuesto a lo largo de los capítulos, sobre cómo los mandatos sociales influyen de manera directa en la autopercepción femenina. Archetti (2024), plantea que cuando una persona no concibe pensarse más allá del deseo de maternidad, puede deberse a que no ha logrado cuestionar, el sentido profundo de dicho deseo. En estos casos, el anhelo por convertirse en madre, se configura más como una búsqueda identitaria que como un deseo genuino de un hijo en sí. Finalmente la autora dió cuenta sobre cómo a través de una “terapia sistemática” orientada a que las mujeres pudieran repensarse desde sus experiencias más dolorosas en un espacio terapéutico donde fueran valoradas, logró fortalecer sus “partes sanas” y a su vez habilitó al reconocimiento y validación de ciertas emociones que hasta el momento no reconocían como parte de ellas.

Es por eso que comprender la experiencia de la infertilidad, su significado, sus repercusiones existenciales y, en especial, su relación con el trauma, es esencial para brindar un espacio dónde quienes la sufren puedan recuperar su autonomía moral: se sientan escuchados, seguros y, en última instancia, pueden emprender el camino de regreso a una vida plena.(p.956)

Arranz-Lara et al. (2001) plantean la necesidad de hacer énfasis en que dichas mujeres tanto solas o en pareja puedan comenzar poco a poco a buscar nuevos “proyectos identificados”, encontrando nuevas metas, propósitos, aspiraciones, o bien reencontrarse con pasiones previas que se habían dejado olvidadas, a fin de volver a encontrar lugares de satisfacción interior que habiliten al movimiento y la transformación. Dichos autores, sostienen que esto debe realizarse habiendo trabajado previamente la premisa principal, es decir, desde dónde surgió ese deseo de convertirse en madres y por qué se optó por el camino de la reproducción asistida. Por otro lado, en esta búsqueda puede aparecer el deseo de adopción, en este caso, argumentan que ese nuevo deseo, se debe elaborar a partir de haber logrado procesar y entender algunas cuestiones que permitan tener conciencia plena a la hora de tomar la decisión. También harán énfasis, en la importancia de generar “flexibilidad” en el vínculo terapéutico y la importancia de creación de redes de apoyo que aporten a sostener y a acompañar el proceso de quienes se encuentran transitando dicha situación. Al mismo tiempo, remarcan que en el caso de que dichas mujeres no cuenten con posibilidades de acceder a un tratamiento psicológico viéndose impedidas a elaborar lo sucedido, pueden manifestar depresión en relación a las complejas experiencias atravesadas a lo largo de todo el tratamiento.

Este capítulo se centra entonces, en cómo las mujeres luego del camino de la reproducción asistida sin éxito, se ven enfrentadas a reconstruir sus vidas desde aquello que no pudo ser, y ya no será, o al menos, no será como ellas lo imaginaban.

Es por eso que Hesselvik (2017) plantea que para hacer frente a esta situación se necesita “pasar del sinsentido al sentido, de la inseguridad a la autoestima y del aislamiento a tener un sentido de conexión con los demás” (p.67). Muchas de las mujeres entrevistadas por la autora, manifiestan que el tiempo ayudó a comprender y subsanar ciertas heridas que al momento de abandonar el tratamiento, se encontraban profundamente abiertas.

Creo que poco a poco te das cuenta que no es lo primero que piensas al despertar, ni el tema principal de conversación. Se va convirtiendo poco a poco en... no sé, esto forma parte de tu vida, pero hay otras cosas que hacer. (p.67)

La infertilidad no es algo que simplemente desaparece, ¿sabes?, aprendes a vivir con ello. Es como una cicatriz que siempre está ahí... y que de vez en cuando se reactiva (p.68).

Según la autora, luego de los tratamientos de reproducción asistida, las secuelas psicológicas, pueden ser atenuadas con el acompañamiento terapéutico adecuado. Para ello propone la implementación de terapias “Cognitivo-Conductuales de aceptación y compromiso (ACT)”, as mismas ayudarían a las mujeres a construir nuevas formas de sentido, que promuevan la búsqueda de nuevos objetivos y motiven a redireccionar su vida (p.83). Por otro lado, también identificó que el apoyo mutuo entre mujeres que vivencian la misma situación, durante y después del proceso, es crucial para la recuperación posterior a los tratamientos. Muchas “participantes, hablaron de las mujeres sin hijos como una “hermandad” y describieron un sentimiento de empoderamiento a través de la conexión con otras mujeres que no tienen hijos” (p.73). De esta forma, por ambas vías lograron resignificar su experiencia al encontrar aspectos positivos al hecho de no haber podido tener hijos, algunos de ellos son: el poder conservar la autonomía personal para hacer lo que quisieran y el fortalecimiento de la relación con su pareja. Al mismo tiempo, muchas se sienten empoderadas por haber atravesado dicho proceso y deciden realizar cambios en su vida y rutina diaria como viajar , mudarse , probar nuevos trabajos , etc.

En este sentido, resulta pertinente trabajar algunas nociones de logoterapia donde el objetivo terapéutico principal, es que la persona por medio de dicho tratamiento, logre encontrar y darle sentido a su propia historia, reconciliándose con la posibilidad de

resignificar el sufrimiento. Frankl (1946/2015) define entonces, la logoterapia desde la etimología del término: “Logos” significa “sentido”, “significado” o “propósito” (p.63).

Desde esta perspectiva, la realidad es que estas mujeres no van a poder concretar su deseo como ellas lo hubieran planificado pero, aún tienen la posibilidad de reubicarse frente al dolor, repensarse y replantearse que ellas existen más allá de su deseo, más allá de un rol, es así que Frankl (1948/2015) plantea:

Cuando un hombre descubre que su destino es sufrir, ha de aceptarlo porque el sufrimiento se convierte en su única y singular tarea. Es más, tendrá que llegar a la conciencia de que ese destino doloroso le otorga el valor de persona única e irrepetible. Nadie puede redimirlo de su sufrimiento ni sufrir por él. Sin embargo, es en su actitud frente al dolor donde reside la posibilidad de conseguir un logro excepcional. (p.71)

En este sentido, no se trata de minimizar el dolor, sino de darle entendimiento y significado al mismo, identificando las formas de comprensión necesarias de cada persona, que la lleven a vislumbrar otras posibilidades, para así poder, encontrar un propósito incluso en medio de la adversidad. En línea con esto, se expondrán nuevamente testimonios de la página web “La Vida sin hijos” donde muchas mujeres, por medio de haber transitado su dolor, lograron dar espacio a nuevos sentidos. Floreciendo y transformándose a pesar de los diversos climas que ponen a prueba su raíz interior.

(...) es tiempo de soltar, de cerrar, para poder seguir, empezando a aceptar y abrazar la VIDA sin hijos, empezando a descubrir todo lo hermoso que esta trae a sus pies, si bien tiempo atrás, no me anime a imaginarla. Reinventándome. Creando nuevos proyectos de vida, ampliando el horizonte.

(...) me encuentro duelando mi propia maternidad, sintiendo claramente, que hasta aquí llegué, que es tiempo de soltar, de cerrar, para poder seguir. Empezando a aceptar y abrazar la VIDA sin hijos.

Para introducir al cierre de este capítulo, citaré una parte del poema de la psicóloga y escritora Lorena Pronsky (2018) donde manifiesta que muchas mujeres a pesar del dolor por haber experimentado situaciones difíciles, encuentran el sentido para continuar con sus vidas:

Ella ya entendió todo. Sabe que perdió la batalla. Lo sabe. Pero se ríe. Y a veces disfruta. Contagia la idea de que se puede. Que, aun rota, se puede si se quiere.

Ella perdió justo lo que no tenía que perder. De todas las cosas posibles, justo esa no tenía que perderla. Pero la perdió. Y le duele en el pecho y en la garganta.

Extraña. No se agarra de nada que la distraiga de la verdad de saber que no está y que no va a volver. Pero sigue, ella sigue.

De esta forma, a pesar del gran dolor y sufrimiento con el que muchas mujeres tienen que lidiar, en este caso, tras el hecho de asumir que ser madres excedió sus deseos, buscan formas de resurgir desde su herida más profunda, atreviéndose a transitar su presente, desde el entendimiento de sus limitaciones y potencialidades, resignificando el dolor como una pieza del puzzle infinito que es la vida. Así, no reprimen ni olvidan su historia, sino que día a día reinventan otra trama que de sentido a su existencia.

Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo se ha expuesto, cómo las mujeres a través de la historia, han sido determinadas por discursos que desde tiempos ancestrales, han reducido su identidad a la función materna. La llegada periódica de la menstruación, resulta un indicador nato, ya que desde su presencia o ausencia revela el funcionamiento o no de su cuerpo. ¿Pero, qué sucede cuando la naturaleza se manifiesta de manera disruptiva? ¿Somos capaces de asimilar cuando su emergencia deconstruye lo que concebimos hasta el momento como inmutable?.

Desde esta perspectiva, la infertilidad irrumpe como una experiencia profundamente desestabilizadora, que conduce a las mujeres a enfrentarse con sus propios límites biológicos y sus construcciones subjetivas frente al modelo ideal de lo que significa ser mujer. En este sentido, la sociedad, que continuamente refuerza la idea de la construcción familiar como fin al que todos debemos llegar para “alcanzar la felicidad”, funciona a su vez como silenciadora de lo distinto, lo que deriva en que muchas mujeres se vean obligadas a transitar el sufrimiento en soledad, sumado tener que soportar comentarios y juicios de valor, que denotan las escasas herramientas con las que cuenta la misma para comprender y sostener el sufrimiento. De esta forma, no se trata de responsabilizar a la sociedad por su dificultad para comprender, sino de reconocer, que la falta de entendimiento surge de una estructura cultural de significados que fueron apareciendo como inamovibles y condicionan la mirada ante ciertas cuestiones, las cuales necesitan ser repensadas.

A su vez, las técnicas de reproducción asistida, que surgen como una alternativa y vía de esperanza para quienes anhelan el sueño de convertirse en madres, presentan grandes obstáculos cuando no se tiene en cuenta un abordaje integral, que contemple todas las dimensiones que atraviesan a las personas a la hora de poner en marcha los tratamientos. En este sentido, muchas mujeres, quedan atrapadas en modelos de intervención médico

hegemónicos, donde el cuerpo se vuelve un objeto totalmente medicalizado, dónde no existe lugar para la multiplicidad de emociones y sentimientos que emergen. En este punto, citaremos las palabras de los autores Ruiz-Porras et al. (2020) que si bien refieren a lo que acontece en contexto español, resultan pertinentes para el análisis local

Se recomienda que se desarrollen programas psicoterapéuticos dirigidos a mejorar y prevenir el estrés y eliminar o aminorar la posibilidad de que las parejas sometidas a tratamientos de infertilidad padezcan depresión. Dichos programas deberían estar incluidos en los presupuestos de las intervenciones de reproducción asistida, dado el elevado riesgo emocional que suponen (p.21).

Por otra parte, en nuestro país la *Ley N.º 19.167* (2013), no cuenta con medidas de acompañamiento y contención necesarias, generando un vacío que no contempla el impacto psicológico y las posibles secuelas que desencadenan los tratamientos. Por consecuencia, las mujeres, en completo estado de vulnerabilidad, se ven forzadas a transitar solas el período posterior a las intervenciones, cuando a pesar de los múltiples intentos, no logran concebir el embarazo. Muchas de ellas, con la intención de sentirse comprendidas ante el dolor, forman grupos de pares donde poder expresarse sin sentirse juzgadas. Esto se evidencia en las redes de apoyo virtuales como: “La vida sin hijos”, “World Childless Week” (La semana internacional de la vida sin hijos) y “Gateway Women” (Mujeres que abren camino), entre otras. Allí, comparten sus experiencias, emociones y recursos para ayudarse a transitar las diversas formas de vivir la “no maternidad”. Por esta razón, se remarca la necesidad de que se generen políticas públicas donde los sistemas de salud promuevan espacios que habiliten a decir y transitar el sufrimiento de esta problemática que afecta a tantas personas. Abriendo el espacio para que profesionales de la salud mental que se encuentren capacitados, puedan sostener y abordar las mismas desde la sensibilidad, el reconocimiento y la complejidad que requieren.

Referencias

- Acosta Martínez, A. (2025). *Maternidad líquida: Una mirada hacia el duelo gestacional patológico*. *Revista Letra en Psicoanálisis (LeP)*, 11(1).
<https://www.cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/374/584>
- Alamin, S., Allahyari, T., Ghorbani, B., Sadeghitabar, A., & Karami, M. T. (2020). *Failure in identity building as the main challenge of infertility: A qualitative study*. *Journal of Reproduction & Infertility*, 21(1), 44–52. <https://doi.org/10.18502/jri.v21i1.4435>
- Archetti, C. (2024). *Infertility as trauma: Understanding the lived experience of involuntary childlessness*. *Culture, Medicine and Psychiatry*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1007/s11013-024-09871-7>
- Ariza, L. (2014). *La construcción narrativa de la infertilidad: Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir*. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, (18), 41–73. <https://www.sexualidadsaludysociedad.org>
- Archetti, C. (2020). *Folder 8. Narratives II: What it takes to weave a new story*. En *Childlessness in the age of communication: Deconstructing silence* (pp. 220–246). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367810399>
- Arranz-Lara, L., Blum-Grynberg, B., & Morales-Carmona, F. (2001). *El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Una propuesta de psicoterapia*. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15(2), 133–138.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2001/ip012d.pdf>
- Arroyo Rojas, L., & Castañeda Rentería, L. I. (2021). *Padeciendo los cuerpos: Significados de las paternidades, maternidades y la familia en mujeres y hombres infértiles*. *La Ventana: Revista de Estudios de Género*, (53), 39–73.

- Bogliatto, K. (2023). *La escucha de los procesos de renuncia y duelo en las configuraciones familiares actuales que son el resultado de la reproducción médicamente asistida*. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (136–137), 40–51.
<https://doi.org/10.36496/n136-137.a2>
- Castiñeyra Fernández, P. (2019). *La Virgen de la Leche: Arquetipo de mujer y madre en la pintura del Renacimiento español*. *Panta Rei. Revista Digital de Ciencia y Didáctica de la Historia*, 129–159. <https://doi.org/10.6018/pantarei/2019/07>
- Dalton Palomo, M. M. (1996). *Mujeres, diosas y musas: Tejedoras de la memoria*. El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Deleuze, G. (1989). *¿Qué es un dispositivo?* En G. Deleuze (Comp.), *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155–163). Gedisa.
- Domínguez Mon, A. (2015). *Reseña del libro El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*, de Eleonor Faur (2014). *Mora*, 21, 202–204.
- Donath, O. (2016). *Madres arrepentidas: Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales*. Reservoir Books.
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber* (U. Guinzú, Trad.; 30ª ed.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1976).
- Fondo Nacional de Recursos. (2025). *Tabla de copagos – Reproducción humana asistida*. <https://www.fnr.gub.uy/tabla-de-copagos-reproduccion-humana-asistida/>

- Frankl, V. E. (2015). *El hombre en busca de sentido* (Comité de Traducción al Español, Trad.). Herder Editorial. (Obra original publicada en 1946).
- González, N. (2020). *El lugar del psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud reproductiva*. En E. B. Ormart & A. Wagner (Comps.), *Abordajes psicológicos en la reproducción médicamente asistida* (pp. 75–90). Nueva Editorial Universitaria.
- Hesselvik, L. M. (2017). *Life after infertility: A grounded theory of moving on from unsuccessful fertility treatment* [Doctoral dissertation, University of Hertfordshire]. University of Hertfordshire Research Archive.
- Lamas, M. (2022). *Dimensiones de la diferencia: Género y política. Antología esencial* (G. Méndez Cota, Coord.). CLACSO.
- La vida sin hijos*. (2018). *Nuestras historias*. <https://lavidasinhijos.com/nuestras-historias/>
- María Laura Osta Vázquez, & Espiga, S. (2018). *Maternidad, medicina e higienismo en los manuales médicos de Montevideo de la segunda mitad del siglo XIX*. *Revista de Historia Bilros*, 6(13), 102–119.
- Martínez-Mollá, T. M., & Martínez-Ruiz, M. E. (2024). *Infertilidad y duelo perinatal [Infertility and perinatal grief]*. *Musas*, 9(1), 4–26.
<https://doi.org/10.1344/musas2024.vol9.num1.1>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Ley N.º 19.167: Técnicas de reproducción humana asistida*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Manual de procedimientos para el manejo sanitario en reproducción asistida*. MSP.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-procedimientos-reproduccion-humana-asistida>

- Molina-García, L., Hidalgo-Ruiz, M., Cocera-Ruíz, E. M., Conde-Puertas, E., & Delgado-Rodríguez, M. (2019). *The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level*. PLOS ONE, 14(12), e0227063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227063>
- Movilla Fernández, M. J. (2024). *Duelo perinatal: Validar el dolor y reconocer la pérdida / Dol perinatal: validar el dolor i reconèixer la pèrdua / Perinatal grief: Validate the pain and acknowledge the loss*. Musas, 9(1), 1–3.
- National Library of Medicine. (2024, 15 de julio). *Cambios en el sistema reproductor masculino por el envejecimiento*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004017.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2024, 22 de mayo). *Infertilidad*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Ormart, E. B. (2020). *Tensiones entre lo femenino y la maternidad en torno a las técnicas de reproducción asistida*. Premio Facultad de Psicología 2020, 1–12. <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormart/30>
- Palacios, E., & Jadresic, E. (2000). *Aspectos emocionales en la infertilidad: Una revisión de la literatura reciente [Emotional aspects in infertility: A review of recent literature]*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 38(2), 94–103. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200004&script=sci_arttext
- Palomar Vereá, C. (2004). *Malas madres: La construcción social de la maternidad*. <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/malasm955.pdf>

- Palomar Vereas, C. (2005). *Maternidad: Historia y cultura*. *Revista de Estudios de Género: La Ventana*, (22), 35–67. Universidad de Guadalajara.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402204>
- Parada Muñoz, L. M. (2006). *Infertilidad y pareja: Construcciones narrativas como horizonte para la intervención*. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(1), 149–158. Universidad Santo Tomás. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920111>
- Putin Saura, R., Herrero Esquerdo, O., Ribas Rabert, E., & Corbella, S. (2023). *Impacto psicológico de la infertilidad en pacientes que realizan un tratamiento de reproducción asistida*. *Calidad de Vida y Salud*, 16(2). Universidad de Flores.
- Pronsky, L. (2018). *Rota se camina igual* [Fragmento]. Penguin Libros.
<https://www.penguinlibros.com/uy/autoayuda/332608-libro-rota-se-camina-igual-9789501532210/fragmento>
- Real Academia Española. (2023). *Maternidad*. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed., versión 23.8). <https://dle.rae.es/maternidad>
- Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución* (A. Becciu & G. Adelstein, Trans.). Traficantes de Sueños. (Obra original publicada en 1976).
- Rujas Bracamonte, S., Serrano Gallardo, P., & Martínez Marcos, M. (2021). *Descubrir la infertilidad: La experiencia de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida*. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e1–e13.
- Ruiz-Porras, D., Ruiz-Porras, L., & Cruz-Repiso, V. (2020). *La depresión en su relación con las técnicas de reproducción asistida y la influencia del asesoramiento profesional durante el proceso*. *Psicología y Salud*, 30(1), 15–23.

- Santos Redondo, P., Yáñez Otero, A., & Al-Adib Mendiri, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud. <https://saludextremadura.ses.es>
- Smajdor, A., & Cutas, D. (2025). *The social construction of reproduction*. *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/hyp.2025.9>
- Tubert, S. (1993). *Demanda de hijo y deseo de ser madre*. *Debate Feminista*, 8, 349–377. <http://www.jstor.org/stable/42624161>
- Varas Enríquez, P. J., McKerracher, L., & Montalva Rivera, N. (2022). *Fertility dynamics and life history tactics vary by socioeconomic position in a transitioning cohort of postreproductive Chilean women*. *Human Nature*, 33, 83–114. <https://doi.org/10.1007/s12110-022-09425-z>