



**Universidad de la República**  
**Facultad de Psicología**  
Trabajo Final de Grado

**ABORDAJES PSICOLÓGICOS**  
**EN INFERTILIDAD Y TRATAMIENTOS DE**  
**REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA**

**María Sofía Guelvenzu Rebollo**  
**4.798.909 -1**

Tutor : Prof. Dra. Alejandra López  
Revisor: Asist. Mag. Sabrina Rossi  
Montevideo, febrero de 2023.

**RESUMEN:**

El presente trabajo describe la intervención psicológica en infertilidad y tratamientos de reproducción humana asistida. Se comienza trabajando sobre la definición de maternidad y la determinación del binomio madre - mujer para analizar el concepto e impactos de la infertilidad en el pleno goce de la salud de quienes desean matenar. Se presentan los paradigmas que relacionan la Psicología y la infertilidad, explorando las teorías que actualmente establecen pautas para pensar intervenciones psicológicas que ofrecen las clínicas de fertilidad y contiguamente se detallan las principales Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Se profundiza en la importancia de un enfoque holístico al abordar los problemas reproductivos por los impactos psicológicos negativos de la infertilidad y sus tratamientos. Se aportan guías de atención psicosocial integral y se describen protocolos de intervención que proponen varios autores referenciados.

En las reflexiones finales se afirma la necesidad de un abordaje integral multidisciplinario de la infertilidad que acompañe el proceso de información y la aceptación del diagnóstico, así como el asesoramiento en caso de escoger la TRA que mejor se ajuste a la situación particular. Se finaliza sugiriendo el aumento de participación del psicólogo en un campo profesional desprovisto de una adecuada valoración como lo es la Psicología Reproductiva.

**Palabras clave:** *Maternidad, Infertilidad, Técnicas de Reproducción Asistida, Multidisciplinariedad, Psicología Reproductiva.*

**Keywords:** *Maternity, Infertility, Assisted Reproduction Techniques, Multidisciplinarity, Reproductive Psychology.*

## ÍNDICE

Introducción .....	3
I) Género y Maternidad.....	5
II) Infertilidad: impactos en la salud y el bienestar.....	12
III) Infertilidad y Psicología .....	19
IV) Abordaje multidisciplinario y atención psicológica específica en infertilidad y TRA...24	
Reflexiones finales.....	31
Referencias.....	33

## INTRODUCCIÓN

La presente monografía se desarrolla en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, con el objetivo de examinar el conocimiento disponible sobre las intervenciones psicológicas en los espacios de consulta que brindan los servicios de reproducción humana asistida.

Se busca conocer el asesoramiento dirigido a mujeres cis género, de entre 25 y 45 años, que en el marco de una relación de pareja heterosexual no han logrado su deseo de tener hijos debido a inconvenientes reproductivos. Se parte de la hipótesis de que para atender la carga afectiva que genera la infertilidad femenina, debe considerarse el valor social de la maternidad y la relevancia que tiene en la vida de las mujeres desde un abordaje biopsicosocial (Engel, 1977). Asimismo, se pretende determinar los aportes de la intervención psicológica en el entrenamiento de habilidades para afrontar la infertilidad así como en el manejo del estrés por tratamientos reproductivos, donde se contemple el desarrollo de estrategias integrales.

La participación de profesionales de la salud mental en clínicas de fertilidad ha demostrado efectos beneficiosos siendo que contribuye en la aceptación de las experiencias, ayuda a vivir de la mejor manera posible el proceso y favorece la consideración de expectativas realistas (Zhu et al., 2022). Analizar el problema de la infertilidad brinda conocimientos para una mejora en el abordaje del equipo de salud y de los proveedores de atención médica de la mujer, así como contribuye en el aumento de conciencia social sobre este problema de salud pública (Place et al., 2018 citado por Langher et al., 2019).

Para la realización del presente trabajo se desarrolló una revisión bibliográfica de tipo narrativo, mediante la identificación de artículos científicos obtenidos a partir de los motores de búsqueda Pubmed, Timbó, SciELO, Colibrí y Google Scholar. En una primera aproximación se consideraron aquellos publicados entre los años 2010 y 2022 pero a partir de referencias bibliográficas del mismo material se obtuvieron artículos de hace más de 50 años, tanto en inglés como en idioma español. También se accedió a libros pertinentes a la temática que se encuentran disponibles en la biblioteca de la Facultad de Psicología de UdelaR. Las palabras clave para la búsqueda fueron: infertilidad, psicología, maternidad, atención psicosocial y tratamientos de reproducción asistida.

La metodología utilizada comprende la lectura sobre tendencias globales de investigación sobre infertilidad y Psicología, donde se revisaron, sistematizaron y analizaron

conocimientos ya producidos para obtener una evaluación crítica sobre el relacionamiento entre ambas áreas.

En el primer apartado de la monografía se plantea la conformación de los roles sociales de género a partir de los mandatos culturales de cada sociedad. Contiguamente se introduce el concepto de maternidad mediante una lectura comentada de diferentes autores/as, para sistematizar y analizar la determinación del binomio madre - mujer y la maternidad hegemónica. En las últimas líneas, se alude a la experiencia subjetiva de la construcción del conocimiento con énfasis en la maternidad, desde los aportes de la Fenomenología. Cerrando con la importancia de atender a mujeres que se arraigan a la “idea general de ser mujer” mediante la maternidad pero se enfrentan a dificultades para lograrlo.

En el segundo apartado se aborda la infertilidad y su influencia en la salud y el bienestar, tomando como punto de partida el concepto de salud y principales aportes de los derechos reproductivos. Seguidamente se define la infertilidad y se indaga sobre sus efectos bio psico sociales, detallando en una tabla informativa la síntesis de los impactos más referidos en los textos que fueron abordados para el presente trabajo.

En el tercer apartado se presentan los diferentes paradigmas que relacionan la Psicología y la infertilidad. Se exploran teorías que conformaron las conceptualizaciones actuales para pensar las intervenciones psicológicas que ofrecen los servicios de reproducción humana asistida. Se mencionan las principales Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) y su repercusión en la vida de quienes se someten a ellas.

En el cuarto apartado, se plantea la importancia de un enfoque multidisciplinario al abordar la infertilidad. Se describe el trabajo propuesto por la Sociedad Europea de Reproducción Humana, donde se establecen guías de referencia a nivel internacional para una atención psicosocial integral así como el aporte de varios autores que también desarrollan protocolos de intervención psicosocial. Se evidencia el impacto psicológico negativo de los tratamientos de infertilidad y en concomitancia el efecto positivo del enfoque holístico con orientación e intervenciones psicológicas específicas para gestionar la ansiedad, depresión y estrés y de durante los procedimientos de TRA.

Se finaliza el trabajo con reflexiones finales en torno al abordaje de emociones e impactos que genera la problemática planteada y se propone la inclusión del psicólogo en el campo de la Psicología Reproductiva.

## I) GÉNERO Y MATERNIDAD

Al decir de Butler (1990) para vivir como mujer, o como cualquier género, el sujeto está obligado a navegar por una serie de normas sociales. Al mismo tiempo esos mandatos en cada cultura determinan roles relativos al género asignado en relación a la interpretación social del sexo. Cada rol determinado, establece lo que se debe hacer y lo que no, por lo que la construcción subjetiva de la maternidad pareciera ser producto de la construcción social. Por lo tanto, para profundizar en el quehacer de un psicólogo en la intervención con mujeres infértiles, es pertinente indagar, la construcción social de la maternidad como eje central de la feminidad.

Analizar asuntos de maternidad no suele ser novedoso, según la bibliografía consultada, pareciera que las madres cuentan con médicos, psicólogos, filósofos y escritores que se capacitan con frecuencia y las ayudan considerablemente para desarrollar ese papel. Badinter (2011) señala que las reflexiones sobre la maternidad son resultado de décadas de estudio y debate, sin embargo, múltiples realidades asociadas a la maternidad y la crianza no se han explorado suficientemente y siguen siendo relativamente desconocidas. Por tratarse de un fenómeno natural atravesado de gran carga emotiva, del cual “todo se sabe y se conoce” se dificulta su abordaje (Ávila, 2004).

Se revisa el interés subjetivo como social por el embarazo y la maternidad con el fin de conocer las características que llevan a idealizar la capacidad reproductora femenina, siendo que en numerosos conceptos se instaura el binomio Mujer = Madre.

Según la Real Academia Española, maternidad refiere al “estado o cualidad de madre” mientras que para el término madre aparecen variadas acepciones donde se determina “mujer o animal hembra que ha concebido o ha parido a otro de su misma especie” así como “mujer con cualidades atribuidas a una madre, especialmente su carácter protector y afectivo” (Real Academia Española, 2022). Dichos aspectos refieren a la capacidad biológica de concebir en determinado momento del curso de vida de una mujer, que no sea estéril y se le atribuyen connotaciones sentimentales y afectivas que parecieran ser inherentes al rol. Pero además, se trata de un hecho socialmente construido por lo que su estudio implica tener en cuenta distintas vertientes: psicológica, demográfica, política, social, económica (Hernández, 2020).

La maternidad se valora como mayor logro y fin último de la mujer en relación a lo promocionado culturalmente y a quienes buscan un primer hijo, por su carácter inaugural, se les proyecta un giro definitorio en su subjetividad (Langher et al., 2019). La mujer por su capacidad reproductora, es situada como un ser cercano a la naturaleza, dando por hecho

que la maternidad es un acto biológico y natural, donde lo natural se traduce en ser madre (Bogino, 2020). De igual forma para Hernández (2020) en parte del imaginario colectivo la maternidad es tratada en términos esencialistas y por tanto como un terreno exclusivo de las mujeres. Refiere a Stekel (1927) para establecer que a quienes se encuentran en proceso de gestación o ya dieron a luz, se las nombra como la más hermosa, quien se abre como una flor y quien presenta un brillo novedoso en sus ojos.

Consideraciones en torno al modelo hegemónico de maternidad, señalan que desde los inicios de la civilización occidental se establece que el embarazo y la maternidad proporcionan salud física y emotiva a la mujer pero su idealización toma mayor fuerza a partir del siglo XVIII (Riera 1998 en Imaz, 2001). Se determina que el papel principal de la mujer consiste en maternar, por lo que en ellas recae el peso de cumplir con tal mandato proveniente de una fuerte presión, donde la sociedad y la familia esperan que una mujer joven dé a luz un hijo (Kitzinger & Willmott, 2002).

Se idealiza la maternidad desde la pasión en el vínculo consanguíneo, posicionando el amor materno por encima de cualquier otro afecto, el cual toma un valor fundamental en el equilibrio individual y social. Cuando la mujer desea un hijo su cuerpo adquiere importante protagonismo, siendo gran portador de significaciones (Cincunegui et al., 2004). Por lo tanto, cuando se logra el embarazo, la mujer realiza su destino, siendo su ser completo se encuentra preparado para tal función, logrando una simbiosis perfecta que une idealmente a la madre con su hijo (Imaz, 2001). Se la asocia como mujer realizada, donde la gravidanza la lleva a pertenecer a una “nueva liga” y dar a luz prueba su condición femenina, siendo definida por lo tanto, en base a sus experiencias de embarazo y parto (Kitzinger & Willmott, 2002). Con términos similares establece Fernandez (1993), “... la maternidad da sentido a la feminidad, la madre es el paradigma de la mujer, en suma la esencia de la mujer es ser madre” (p 161). Otros aportes puntualizan que la mujer es portadora de un cuerpo en parte vacío, incompleto, el cual persigue la necesidad de llenarse buscando instintivamente la maternidad (Riera 1998 en Imaz, 2001).

Para Bogino, (2020) en algunas mujeres, la maternidad profundiza su autopercepción, extiende relaciones en la comunidad y actúa como puente entre la generación del pasado y del futuro. En la misma línea Imaz (2001) sitúa el embarazo y parto como punto de inflexión en la trayectoria femenina. En su definición, propone el concepto de hitos, en donde se establece que hay decisiones y vivencias que además de transitar por ellas, al recordarlas se transforman en una referencia significativa que desencadena otras muchas situaciones y decisiones. Para esta autora es propicio considerar el proceso de gestación como un hito, en el que sucede la frontera entre juventud y etapa adulta de la mujer. En relación al embarazo, señala que se trata de un tiempo de transformación, liminar entre un estado y otro, donde la mujer que se convierte en madre dibuja su propia trayectoria vital. Agrega

que, cuando se ve el cuerpo de una mujer embarazada se vuelve patente la transición al nuevo estado de madre y por lo tanto conduciendo a la mujer de un estado social a otro:

El vientre prominente, un cuerpo en cierta manera público que, desprovisto de su carácter erótico, se puede tocar o acariciar, se convierte en referente de la maternidad misma. La barriga, sede preferente de la intervención médica, se hincha en paralelo a que la mujer va asimilando su nuevo papel social. El embarazo es, así, un proceso de iniciación en el que la mujer «se instruye» o «es instruida» en la forma de ejercer ese nuevo rol que tendrá, en gran medida, un carácter excluyente respecto a cualquier otro rol social (Imaz, 2001 p 100).

Entonces el embarazo no solo puede ser considerado un proceso fisiológico sino que trata también de un proceso de fuerte significado social (Imaz, 2001). Además, por la infinidad de cambios que se perciben en el cuerpo femenino, la mente de la mujer nunca será la misma y su futuro está absolutamente marcado por el acontecimiento (Rich, 1996).

La maternidad, en su carácter de irreversible, rompe con la dinámica propia de la juventud por lo que anuncia a las mujeres el ingreso en la edad adulta y en una circunstancia donde su rol se corresponde con el tradicional rol en el que prima el cuidado de los niños y las tareas de la casa (Imaz, 2001). En muchas oportunidades se posiciona la esencia femenina en congruencia con una mujer madura que brinda estabilidad de pareja mientras se encarga del equilibrio familiar y responde al papel expresivo de persona afectuosa, cooperativa, amable, consciente de los sentimientos y necesidades de los demás (Hernández, 2020). Se establece un paralelismo entre el proceso de gestación y la maternidad misma, planteando a esta última como fuente necesaria de equilibrio emocional de la mujer, así como condicionante imprescindible para criar al ser que va a nacer a quien igualmente cuidará y nutrirá una vez nacido:

El cobijo ofrecido por el cuerpo embarazado antecede la generosidad sin límites de la madre; al igual que el cuerpo femenino logra su equilibrio perdido en el embarazo, la mujer realiza su persona en la maternidad. Dependencia mutua y autosuficiencia hacia el exterior caracterizan al vínculo emocional entre madre e hijo. Y su origen está en las entrañas mismas (Imaz, 2001 p 105).

Badinter (1981), propone que ser buena madre se determina en función de cuánto se valora o se desperdicia la maternidad en una sociedad determinada, por lo que para la autora ser buena o mala madre es una realidad entre otras. La clasificación se establece de acuerdo a



un prototipo ideal, donde las malas madres son aquellas que no se ajustan a la norma por ser pobres, solteras así como muy jóvenes o muy mayores, incluso transitar problemas de salud mental (Hernández, 2020). Bajo estos parámetros, las que no desean maternar “voluntariamente” son vistas por los demás (o al menos expresan sentirse catalogadas) como egoístas, desviadas, inmaduras y poco femeninas (Langher et al., 2019).

Además de las variadas consideraciones que instruyen a la mujer para realizar su recorrido por la maternidad, se establece que, quien porte compromiso y deseo aprenderá a desarrollar el rol y a amar a su bebé (nacido o no desde su propio vientre), mientras que aquella que no sostenga dicho compromiso puede no amarlo por más que ese niño sea biológicamente suyo (Hdry 2009, en Hernández, 2020). Con dicha afirmación, la autora propone diversos factores que intervienen en la conducta maternal y se opone a considerarla instintiva, pero advierte que no significa que importantes componentes biológicos estén ausentes.

El instinto maternal, establece que las mujeres nacen con el deseo y habilidad de ejercer la maternidad, fundamentándose en la función nutritiva y maternal que se supone espontánea y natural. Sin embargo Badinter (1981), quien dedica gran atención al análisis de este interesante fenómeno, basada en la indiferencia de madre a hijos en épocas anteriores al siglo XVIII, sostiene que el amor maternal no es un instinto innato que proviene de una naturaleza femenina sino más bien un comportamiento histórico y social que varía según épocas y costumbres.

El deseo de hijos no es ni constante ni universal. Algunas quieren, otras ya no quieren y finalmente hay otras, que no han querido nunca. Desde que existe la posibilidad de escoger, existe la diversidad de opciones y ya no se puede hablar de instinto o de deseo universal. (Badinter, 2011 p 19)

Desde una perspectiva construccionista (Deval, 2001), el instinto materno es considerado un mito que arrebató a la mujer la capacidad de elegir y planificar libremente su propio proyecto vital, el cual puede estar alejado de la maternidad o bien resultar en una experiencia materna configurada por ella misma y sus circunstancias. Los mitos en torno a la maternidad operan en la subjetividad de las mujeres construyendo creencias y anhelos colectivos, que disponen el valor social que se tiene de la maternidad en un momento dado (Fernández, 1993). Asimismo, se establece que la existencia del instinto materno no cuenta con pruebas científicas y es caracterizado como una estratagema de parte de quienes manejan el poder con el fin de que las mujeres no renuncien a procrear y se responsabilicen de la crianza en sus hogares. En concordancia, se afirma que la mujer que más desea

engendrar reconocerá los métodos de control social mediante su trayecto por la maternidad (Hollingworth, 1916 en Hernández, 2020).

Rich (1996) en desacuerdo con la idea de que exista el instinto maternal, menciona que la maternidad se transita mediante manifestaciones físicas a través de embarazo y parto pero después se aprende a criar, por lo que el cuidado de la descendencia puede ser llevado a cabo por diferentes agentes, siendo madres, padres, abuelas/os, hermanas/os o vecinos/as. Sosteniendo que “alguien debe cuidar”, indiferentemente de quien sea, se deja por fuera el argumento instintivo y se alude a que si el cuidado humano tiene lugar sin la intervención de los progenitores posee naturaleza aloparental (Hdry 2009, en Hernández, 2020).

Crear en el instinto conlleva a pensar que la tarea de la crianza es una experiencia feliz, generando fantasías y anhelos que de no ser alcanzados se manifiestan como sentimientos de vacío, falta de autoestima, y cuestionamientos a la identidad (Arranz Lara et al., 2001).

Varios autores/as en su búsqueda por desenmascarar la influencia del patriarcado en la configuración del ejercicio del papel de madre, rechazan la idea de que todas las mujeres se ven envueltas en un deseo de procrear. Deseo justificado incluso, con funciones del propio cerebro femenino, al que se lo describe diseñado especialmente para prolongar la especie (Badinter, 2011). En la misma línea, para Tubert (1996), la maternidad no consiste en determinantes biológicos o culturales únicamente, donde la mujer es víctima del dominio patriarcal, hormonal o religioso, sino que identifica a las mujeres como figuras activas, con capacidad política y cultural creadora de significados y prácticas en torno a dicha compleja y múltiple función. Para la autora, el binomio mujer = madre carece de esencia y se trata de un conjunto de representaciones producidas por la cultura, donde la mujer es asumida como sujeto deseante (Tubert, 1996).

Arranz Lara et al., (2001) plantean que :

“El deseo de maternidad es un factor que se va conformando a través de toda la historia personal de la mujer, donde intervienen tanto su estructura subjetiva, como su entorno socio-cultural ... Este deseo es reforzado, desde afuera, por un entorno social que valora predominantemente a la mujer como madre en detrimento de otras posiciones identificadoras.” (p 136)

Se pretende que las madres amen todo el tiempo (Rich,1996), pero no existe un comportamiento maternal suficientemente unificado que describa el amor de la mujer que es o desea ser madre (Badinter, 2011). Según las circunstancias de vida, la maternidad conlleva determinados significados y connotaciones muy diversas para cada persona, así y todo el discurso social de la maternidad sigue influyendo en la decisión de embarazo (Gómez & Amilivia, 1985).

Analizando el relato de entrevistas recientes a mujeres que anhelan materner, se concluye que aquellas sin hijos, pero que sí los desean, son estereotipadas de desesperadas o insatisfechas, en un contexto que continúa presionando en la idea de realizarse como mujer mediante el acto de ser madre, naturalizando la participación de mujeres en la reproducción biológica y legitimando dicho orden social (Langher et al., 2019). Asimismo, se puntualiza que la maternidad en sí refiere a una tarea exigente que requiere capacidades de todo tipo, tarea interpretativa y creadora en la que se demanda sensibilidad y afecto así como también inteligencia e ingenio noción un tanto más abarcativa que desplegar acciones basadas únicamente en conductas naturales (Hernández, 2020).

En definitiva, en la mayoría de los escritos, mantiene vigencia la representación de la maternidad como fusión, donde la dama que se convierte en madre asume el sostén de todo el modelo familiar y sus sentimientos de amor se instalan como elemento básico de los vínculos y la convivencia y donde madre e hijo se corresponden mutuamente, por la dependencia física del feto en el embarazo y la dependencia emocional que vivencia la mujer mientras cumple su deseo y presunto rol en la humanidad (Imaz, 2001). De no lograrlo, se pone en tela de juicio la correspondencia de ser mujer y por lo tanto el ser femenina. Por estas razones, las mujeres pueden sentir una enorme presión emocional para procrear. El control social sobre las mujeres respecto a la imposición de materner las afecta formando, en muchos casos, la base de su identidad (Kitzinger, C., & Willmott, J. 2002).

Es necesario poner en consideración, que la maternidad no trata de un concepto estático y limitado porque siendo un hecho cultural e histórico varía constantemente (Ávila y Moreno-Rosset, 2008). En el proceso de conocimiento humano, la maternidad es una construcción que forma parte del sentido común que todo sujeto interioriza en el seno de una sociedad. Desde la Fenomenología, como escuela filosófica que explica el ser a partir del análisis de los fenómenos observables, se propone que en todo proceso de construcción del conocimiento los objetos del mundo exterior aparecen en la conciencia tomando sentido para el sujeto. De esta manera la mujer se apropia de las representaciones que conforman el imaginario social que tienen gran poder influyendo en los anhelos personales y conformando ideales de convivencia y desempeño (Schütz, 1993). Para las mujeres que se identifican con los parámetros de maternidad y que se adecuan a la conformación de la creencia general, expresar sus sentimientos resulta viable ya que se sienten ampliamente respaldadas por la mayoría de la sociedad (Hernández, 2020). Sus deseos se reducen al de tener un hijo por lo que la maternidad proporciona una identidad homogénea que las lleva a identificarse unas con otras. Sin embargo, las que no se ajustan a esos ideales, sea por deseo de no materner, por imposibilidad o por no tener una postura definida al respecto, se pueden enfrentar a ciertas dificultades para reconocer lo que sienten, expresarlo y pedir

ayuda. A lo largo de la historia se puede observar que el estereotipo social establece a la mujer como soporte de la estructura familiar y de ella se espera que sea madre (Gómez & Amilivia, 1985), generando una gran carga social y siendo motivo de culpa y malestar en quienes no profundizan en sus deseos y fantasías.

Ávila (2004) en "*Desarmar el modelo mujer = madre*" menciona:

Este engranaje simbólico construido en torno al mito del amor materno se ve reforzado por los discursos religiosos, culturales e institucionales que interpretan los casos que no se ajustan a la norma como expresiones aisladas, derivadas de trastornos mentales individuales, como manifestaciones de anomias sociales propias de los pueblos salvajes y atrasados o, en su defecto, de las sociedades industrializadas modernas super desnaturalizadas (p 37).

Por su parte, Tubert (1996) plantea que en una sociedad dividida entre hombres y (potencialmente) madres, la mujer que no logra tener hijos queda en una posición imprecisa, entre quienes se consagran y quienes no. Ese posicionamiento tiene consecuencias invisibilizadas pero dramáticas en la vida de muchas mujeres, generando culpa y angustia a quienes no se entregan con amor ni se sacrifican por lograr la descendencia, porque no sienten el llamado instinto y no desean ser madres (Hernández, 2020), así como para las mujeres que transitan problemas de fertilidad.

Por lo tanto, analizar la maternidad como una función social, y no tanto como un fenómeno natural no radica en ser (o no) madre, porque engendrar, cuidar y educar a la descendencia se define como la base de la supervivencia humana, sino que el dilema apunta al modelo hegemónico maternal que se propone en algunos sectores de la sociedad actual y su influencia en la construcción de subjetividades femeninas (Fernández, 1993).

"Los integrantes de una sociedad comparten un imaginario dentro del cual las formas en que se llega a ser madre, padre, hijo, el cómo y cuándo se concibe y con quien, tienen una representación consensuada" (Cincunegui et al., 2004 p 24).

En cuanto al objetivo de la presente monografía, resulta de absoluta importancia indagar lo que configura e implica el hecho de no poder tener hijos en mujeres que manifiestan sentimientos arraigados a la "idea general de ser mujer" mediante la maternidad.

## II) INFERTILIDAD: IMPACTOS EN LA SALUD Y EL BIENESTAR

A partir del entendido de salud como estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007) es pertinente establecer que todo individuo debería disfrutar del derecho al grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr. En concomitancia con tal planteo, la infertilidad comprendida como enfermedad del sistema reproductivo, transgrede el goce de la plena salud, irrumpiendo aspectos emocionales, físicos y sociales a nivel familia, pareja e individuo (OMS, 2007).

Los derechos reproductivos designados en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, desarrollada en El Cairo en 1994, establecen que:

la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, ... lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (p 37)

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos, contemplan la decisión sobre el propio cuerpo y el estilo de vida, la planificación del número de hijos que se desea tener, del momento y del intervalo entre nacimientos. Tales aspectos afectan principalmente a la mujer cuando se pone en conocimiento de la propia infertilidad (OMS, 2007), por consiguiente; para la realización del derecho de los individuos y las parejas a fundar una familia es de suma importancia abordar la cuestión que impide la reproducción.

El logro del embarazo así como el alumbramiento de hijos no siempre es algo que ocurre de manera simple y predecible, en ocasiones existen eventos inesperados que obligan a reformular las expectativas en relación a la maternidad y sus circunstancias. Un ejemplo lo constituye la infertilidad, siendo un problema de salud con importante impacto médico-social (González et al., 2021). "Se impone una concretización que desmetaforiza circunstancias que rodean al enigmático proceso de la gestación de un hijo" (Cincunegui et al., 2004 p 25). La incapacidad de concebir es posicionada como una distorsión del natural equilibrio psicológico de la persona que a menudo se compara con el duelo por la muerte de un ser querido y con la experimentación de enfermedades graves (Malina et al., 2016).

Entendiendo que la infertilidad afecta negativamente, entre tantos, en el vínculo de pareja heterosexual que responde al modelo hegemónico de relacionamiento sexual y de parentesco, en el que hombre y mujer cisgénero se proponen la búsqueda de un hijo, en el presente escrito se pone énfasis en el sufrimiento y la respuesta femenina. Se analiza la experiencia de mujeres pertenecientes a la cultura occidental dentro de la era posmoderna, caracterizada por cambios profundos en los hábitos y valores tradicionales a la hora de llevar a cabo la procreación y maternar. Por múltiples razones la cultura y la medicina, le otorgan un lugar diferente a las mujeres en base a sus experiencias de reproducción, siendo que “la gestación ocurre -todavía- en un cuerpo femenino y la maternidad es en la cultura occidental moderna un bastión de la identidad femenina” (Viera, 2015. p 17 - 18).

El material revisado establece que infertilidad es la imposibilidad de concebir de forma natural o de llevar un embarazo a término, después de un tiempo razonable de relaciones sexuales habituales sin barreras de protección. Siendo discutible el concepto de "tiempo razonable", la mayoría de los médicos indican estudios de infertilidad luego de un año de fracasos en los intentos de embarazo (Brugo-Olmedo et., al 2003).

Pensar la edad como herramienta de clasificación social, permite realizar categorías para justificar intervenciones y hacer diagnósticos específicos (Jean-Pierre & Anne, 2014).

En intervenciones por reproducción humana, tener en cuenta el factor edad es de suma importancia siendo que médico y socialmente el momento adecuado para procrear ocupa un estrecho margen de tiempo, limitado por el temido “reloj biológico” (Langevin, 1982 en Imaz, 2004). Para la mujer de entre 35 y 42 años o más, la probabilidad de lograr la gestación con óvulos propios es menor, siendo que se le atribuye una creciente disminución en la fertilidad por los cambios fisiológicos esperables en su sistema reproductor (Cincunegui et al., 2004) y a diferencia de las más jóvenes, se les puede indicar estudios por infertilidad luego de seis meses de la búsqueda de un hijo mediante relaciones sexuales desprotejidas sin éxito de embarazo (Brugo-Olmedo et., al 2003).

En los estudios se aprecia discordancia para establecer las principales causas de infertilidad en dicho rango etario y se propone tomar en cuenta variables como país, año y tipo de población indagada (Urgellés et al., 2012). Sin embargo, hay consenso en la tendencia a la disminución de la fertilidad debido al declive de la función reproductiva, relacionando de forma inversamente proporcional la edad con la fertilidad (Kong et al., 2019). Como resultado se describe una gran disminución en las tasas de embarazo en mujeres mayores de 35 años, y se establece que la infertilidad femenina es doblemente más frecuente que a los 18 años de edad (Urgellés et al., 2012).

Asimismo, se demuestra que la edad promedio en que la mujer desea quedar embarazada ha aumentado considerablemente en las últimas décadas siendo en torno a los 29 años

cuando comienzan a poner en práctica sus planes en torno a la maternidad (Malina et al., 2016). La educación, la necesidad de avance profesional y participación en diferentes actividades, llevan a posponer la decisión de tener hijos. De igual modo influyen los divorcios y la búsqueda de estabilidad en nuevas relaciones generando que se espere más tiempo para planificar un embarazo (Brugo-Olmedo et., al 2003). En tal aspecto Badinter (2011) coincide y establece que aquella mujer que tiene ambiciones y recursos para satisfacerlas, se ve infinitamente menos tentada que las demás a invertir su tiempo y su energía en cuestiones de crianza de hijos.

Ávila y Moreno-Rosset (2008) mencionan que:

la tendencia social a retrasar la entrada a la adultez de los jóvenes, con modelos familiares hiper proteccionistas, y su corolario, la demora de los individuos en abordar la parentalidad, encuentra su envés en la infertilidad, una crisis multidimensional que afecta a todos los sistemas (individuo, pareja, familia) y niveles (psicofisiológico, del sentido del self, de la relación con los otros), desencadenando elevados niveles de estrés, con una amplia variedad de emociones y sentimientos negativos, y una intensa interferencia en la vida de las personas implicadas. Y como es obvio, no solo son los adultos que han demorado en exceso su acceso a la parentalidad quienes se ven “sorprendidos” por la infertilidad, sino también las personas de más edad que abordan nuevos proyectos familiares y vitales (p 186).

Muchas mujeres se proyectan en la maternidad pero no tienen decidido cuándo llevarla a cabo, lo que repercute en su postergación, desconociendo que la moratoria excesiva de la búsqueda de un hijo puede repercutir en las probabilidades de lograrlo (Malina et al., 2016). Además de la edad, la capacidad reproductora femenina se puede ver afectada por factores como agentes genéticos, anomalías cromosómicas, enfermedades autoinmunes, trastornos menstruales, tabaquismo, cirugías de ovario, obesidad, hipertriosis, alopecia seborreica, endometriosis y trastornos menstruales, entre otros (Zhu et al., 2022).

En la antigüedad, frente a los problemas para gestar se posiciona al cuerpo femenino como único responsable de esa “falla”, ocasionando rechazo conyugal y social (González et al., 2021), incluso se establecen causas en base a criterios religiosos, acusando a la mujer de cometer pecados mediante actos sexuales. Con el transcurso del tiempo desaparecen tales afirmaciones y los motivos de infertilidad son adjudicados a causas orgánicas siendo la medicina quien se apropia de su tratamiento, incluyendo entre tantos, los factores psicológicos (Gómez & Amilivia, 1985). En la actualidad los avances científicos, la mejora en la capacidad financiera y la disponibilidad de las personas al planificar embarazos dan paso al diagnóstico y estudio en profundidad de dicha enfermedad (Zhu et al., 2022).

La infertilidad puede corresponder a factores femeninos, masculinos o por la combinación entre condiciones de ambos sexos, teniendo razón propia o causa desconocida (González et al., 2021). Existen situaciones en que los análisis de fertilidad constatan condiciones físicas aptas para la fecundación, sin embargo la misma no sucede y se diagnostica Esterilidad Sin Causa Aparente (ESCA) (Cincunegui et., al 2004). La también denominada “infertilidad psicógena” para Fernandez (1994) evidencia lo poco que de natural tiene que la mujer deba ser madre por poseer aparato reproductor y supuesto instinto materno (p169). La respuesta de cada mujer frente al diagnóstico de infertilidad es singular y depende de los recursos psíquicos que cada una posea para asimilar información, pero manejar variedad de hipótesis sin causas específicas puede aumentar la ansiedad y sumarla a la cantidad de energía mental que se ha invertido por las circunstancias (Jadur & Duhalde, 2005). Cuando las causas encontradas son desconocidas hasta la fecha y los desencadenantes no están al alcance de los procedimientos disponibles para su detección y abordaje, las mujeres con infertilidad inexplicada mantienen esperanzas de lograr un embarazo siendo conscientes de que les llevará más tiempo (Brugo-Olmedo et., al 2003). La mayoría se ven afectadas a nivel psicofisiológico y social, transitan crisis y situaciones traumáticas por verse obligadas a reconocer esa incapacidad propia, en un terreno relacionado con el sentimiento de valía personal, absolutamente influenciado por valores y representaciones sociales (Ávila y Moreno-Rosset, 2008). El sufrimiento, angustia y desesperación de mujeres que se encuentran imposibilitadas de concebir, son emociones reales que repercuten en un problema frecuente a enfrentar por los profesionales de la salud (Rojas Quintana et.,al 2011 p 66).

Jadur & Duhalde, (2005) establecen que :

La infertilidad, a diferencia de la gran mayoría de las enfermedades, cursa callada y sólo se presenta ante la ausencia de embarazo cuando surge el deseo de tener un hijo. Por lo tanto, su repercusión interna es efecto de la historia de cada sujeto, de los mandatos familiares y de las exigencias de los modelos culturales existentes en una comunidad determinada (p 36).

En el análisis de relatos femeninos sobre experiencias de infertilidad los principales sentimientos expresados aluden a: la pérdida de control del propio cuerpo, una disminución del autoestima y autocrítica como formas de rechazo así como la experimentación de algo no esperado y para lo cual no se ha sido preparada, sintiendo decepción e impotencia (Langher et al., 2019). Entre las consecuencias, preocupa la ruptura del vínculo de pareja siendo que la disminución de la libido y el deterioro en el placer sexual pueden afectar la satisfacción marital, alejando un poco más el cumplimiento del deseo de lograr un



embarazo. Los impactos de la infertilidad comprometen la autoimagen del género y pueden ocasionar una profunda herida narcisista. Se despliega una fantasmática de la incompletud, donde se vivencia un defecto o una falta. (Cincunegui et al., 2004). Otros efectos se relacionaron con el aislamiento social a causa de padecer frustración, vergüenza y envidia de encontrar por la calle o entre sus propios vínculos a otras mujeres embarazadas y sentimientos de culpa por no ser ellas quienes han cumplido con el mandato para el cual fueron “puestas en la tierra”. De igual forma, la reacción al diagnóstico de infertilidad a menudo está relacionada con la influencia de presiones sociales, siendo que tal como se ha puntualizado en el capítulo anterior, la maternidad se considera algo natural y necesario para ser aprobado como miembro valioso de la sociedad (Malina et al., 2016). Muchas mujeres con problemas en la fertilidad además de estrés a causa de los síntomas, así como angustia y ansiedad, manifiestan incapacidad para ajustarse a la imagen femenina idealizada que proyectan, lo que las lleva a “negociar” su identidad como mujeres (Langher et al., 2019). Cuando las mujeres se aíslan a causa del miedo y la depresión se ve aún más afectada su calidad de vida y se rompe el equilibrio neuroendocrino, generando impactos fisiológicos (Zhu et al., 2022). Las fantasías de anidamiento, el deseo del crecimiento de la panza y la ilusión de modificaciones corporales como consecuencia del embarazo repercuten en las emociones de las mujeres ocasionando malestar físico, disconformidad y rechazo. El cuerpo evidencia una significación que representa la vivencia de algo desconocido y extraño:

Metonímicamente, todo el cuerpo pasa a convertirse en continente hostil y frustrado, inútil e indomeñable. Se abre un abanico de distintos estados, de la depresión y el desánimo hasta explosiones de una intensa furia narcisista ... drama de una maternidad, que no se concreta: “Una cosa es querer con la cabeza y otra con el cuerpo. ¡Maldito cuerpo! No nos responde” (Cincunegui et al., 2004 p 59).

La literatura referenciada aporta gran variedad de investigaciones y estudios en relación a las causas y síntomas por la infertilidad. El síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), es una afección que interviene en el desajuste hormonal femenino y quien lo padece puede experimentar infertilidad o mayor riesgo de aborto espontáneo (Kitzinger y Willmott, 2002). La pertinencia por referenciar dicho síndrome es plasmar la relación entre los síntomas y el estrés considerable que causan, generando en las mujeres que lo padecen gran incapacidad para ajustarse a la imagen femenina idealizada. Para ello se detalla la investigación *The thief of womanhood: women's experience of polycystic ovarian syndrome*, en su traducción al español, “Ladrón de la feminidad, experiencia de mujeres con SOP” Kitzinger y Willmott (2002) entrevistaron en hogares de Gran Bretaña, a más de treinta

mujeres, en su mayoría blancas y todas heterosexuales con 29 años de edad promedio. Crecimiento excesivo de vello en zonas inusuales, hirsutismo, amenorrea, menorragia, anovulación, aumento de peso u obesidad, acné, alopecia, resistencia a la insulina, andrógenos excesivos son, entre tantos, síntomas que experimentan a causa del SOP.

El hallazgo clave del artículo es el modo en que las mujeres se auto definieron como “monstruos” para indicar sentimientos de diferencia al margen de lo establecido como normal, especialmente en relación a la feminidad. Relatan sentirse anormales, raras, diferentes, en definitiva no encajar y no pertenecer. Se aprecian posturas arraigadas a la “idea normal de ser mujer” y preocupación por no ser lo suficientemente femeninas, describen un “ataque a la feminidad” y que “verse más hombre es muy lamentable”. El vello facial, irregularidad menstrual y la infertilidad influyen principalmente en los sentimientos descritos. El modo en que las mujeres confiesan que diariamente eliminan el vello, a escondidas, donde no se enteren sus maridos, influye en su bienestar. El abandono de actividades y viajes por no encontrarse depiladas da cuenta de la influencia de la sociedad en la consideración del vello femenino como violación a la belleza y el repudio al género en tales circunstancias es descrito como motivo de alarma social. Además, en las entrevistas se menciona el deseo de menstruación regular como un signo de fertilidad y femineidad, importante en el sentido de sí misma. Se relatan diversas maneras de mantener en secreto la falta de período, el descontrol hormonal y por tanto la ausencia de ovulación e infertilidad. Si bien el vello excesivo y la falta de período es angustiante, la infertilidad es descrita como aplastante. Sentimientos de terror, miedo, estar devastada, asustada y pánico son las principales emociones que expresan dichas mujeres al enterarse de la relación e influencia del SOP y la fertilidad. El intento por la adaptación a las convenciones culturales de la belleza y de esta manera cumplir con estándares sociales, se ha convertido en una obligación moral y una mujer que no está a la altura de los requisitos prescritos es vista como un fracaso (Kitzinger y Willmott, 2002). Tales condiciones se concluyen en la infertilidad, encontrando un problema multidimensional que afecta al individuo, a la pareja y familia en todos los niveles, por el desenlace de estrés y variedad de emociones que interfieren cotidianamente en las implicadas (Ávila y Moreno-Rosset, 2008).

Para extrapolar los sentimientos que ocurren cuando una mujer se entera de su propia infertilidad, en la literatura médico-psicológica se denomina una montaña rusa emocional, por los altibajos que padecen. Jadur & Duhalde (2005) citan a Kübler Ross (1972) quien refiere a las distintas etapas que atraviesan los pacientes hasta asimilar un diagnóstico y pronóstico:

1° Sorpresa: “¡Cómo me puede estar pasando esto!”, “¡Por qué!”. 2° Negación: “¡No es cierto esto que me dicen, se equivocaron!” Este es el momento en que son posibles las consultas con otros especialistas para confirmar el supuesto error.

3° Enojo con médicos y medio familiar-social: “¡qué he hecho de malo que justo a mí me pasa!” “¡Por qué a mí!”. 4° Negociación o regateo cuando ilusoriamente se cree que con voluntad se puede conseguir un cambio: “Si hago una promesa, me sacrifico por algo, seguramente lo lograremos”. 5° Depresión y aceptación. Con posterioridad a la depresión, los pacientes pueden comenzar a pensar sobre las soluciones disponibles (p 36).

A muchas personas, la noticia de la infertilidad les genera una pérdida simbólica difícil de expresar y aliviar. La frustración y decepción que aflora ante el impedimento de concretar el deseo de tener un hijo, en ciertos casos imposibilita el entendimiento y se dificulta la proyección de involucrarse en alternativas que ayuden a visualizar una posible experiencia de embarazo (Langher et al., 2019).

Para cerrar el apartado, en la Tabla 01 se detalla una síntesis de los impactos más referidos en los textos abordados para el presente trabajo, en relación a la infertilidad femenina y su afectación en principales niveles que determinan el estado de salud.

**Tabla 01:**

*Evidencias disponibles sobre impactos de la infertilidad femenina en la salud y bienestar de las mujeres.*

<b>Impactos Emocionales</b>	<b>Impactos Sociales</b>	<b>Impactos Físicos</b>
Sentimientos de vacío y desgano	Exclusión y discriminación	Cólicos, dispareunia y dolencia general
Angustia, envidia, odio	Aislamiento, Soledad	Vello excesivo, acné
Rechazo, culpa	Divorcio, separación	Obesidad
Baja autoestima	Vergüenza	Sangrados, abortos
Cuestionamiento de la propia identidad	Falta de sentido de pertenencia	Infecciones de transmisión sexual
Depresión, frustración	Estigmatización	Amenorrea
Miedo	Empatía, lastima	Desequilibrio hormonal

*Fuente: Elaboración propia en base a la revisión bibliográfica realizada para esta monografía.*

### III) INFERTILIDAD Y PSICOLOGÍA

Para atender la infertilidad es insuficiente fundamentarse exclusivamente en causas físicas y a nivel del sistema reproductor. Un ejemplo frecuente de ello es la situación donde el estrés psicológico obstaculiza la función sexual repercutiendo en la fertilidad (Zhu et al., 2022). Además, afrontar el diagnóstico que imposibilita el embarazo conlleva procedimientos que comprenden largos y estresantes periodos de sometimiento a estudios clínicos, provocando alteraciones emocionales y psicopatología de gran consideración (Cortines, 2015). Para el abordaje profesional de la infertilidad se vuelve necesario indagar la correspondencia de dicha problemática con la Psicología y proponer un posicionamiento multidisciplinario de trabajo que contemple la importancia del acceso a un espacio psicológico, pues la consulta médica no es suficiente para sostener el dolor generado (Jadur & Duhalde, 2005). Gran parte de la literatura actual menciona la influencia de los problemas de salud física en los estados emocionales, pero poco se habla de la relación en sentido inverso (Cortines, 2015 p6).

En el presente apartado se revisan brevemente los diferentes paradigmas que a lo largo de la historia han conformado las conceptualizaciones actuales para pensar las intervenciones psicológicas que ofrecen los servicios de reproducción humana asistida a mujeres infértiles.

La introducción de una perspectiva psicosomática y de los aspectos emocionales en Obstetricia y Ginecología data de 1930, con el fin de dar una explicación a pacientes que no podían concebir pese a no presentar patologías orgánicas. A raíz de ello, se define el modelo de infertilidad psicógena, el cual establece que el impedimento para que una mujer logre un embarazo, en muchos casos, está basado en problemas psicológicos. La Infertilidad psicógena o infertilidad sin causa biomédica, en ese entonces se fundamentó en factores como: estrés, identidad sexual “conflictiva”, debilidad emocional en la mujer, inmadurez, ambición, ansiedad, posesión de caracteres masculinos, entre otros. Asimismo, mediante aspectos de la revolución sexual se justifica la impotencia masculina de la época, donde las mujeres liberadas deseosas de encuentros sexuales mutuamente gratificantes generan presión en el rendimiento sexual de los hombres (Berg & Wilson (1991). Poco después, el aumento del alcance tecnológico justifica variados diagnósticos de infertilidad, siendo escasas las ocasiones en que se realiza evaluaciones psicosomáticas, por lo que el modelo psicógeno cae y al revisar la influencia de factores psicológicos en el desarrollo de la infertilidad se establece que siempre debe ser tratada como una totalidad psicosomática (Wischmann, 2003). Se pone fin a la investigación de índole mental y las nuevas ideas se fundamentan en aspectos multifactoriales de las enfermedades (Boivin & Gameiro 2015).

Se propone un modelo centrado en causas y no en consecuencias, partiendo de la hipótesis en que los factores psicológicos como única causa de infertilidad están sobrevalorados (Wischmann, 2003). En concordancia, se hace referencia a mitos y consejos ineficientes para justificar las causas emocionales de infertilidad, donde se le dice a la mujer “relájate, cuando no lo pienses quedarás embarazada, vete de viaje y lograras el embarazo por no pensar en tu búsqueda”. Tales sugerencias no benefician a las mujeres que desean tener hijos, siendo poco probable que la infertilidad prolongada se base en causas psicológicas. Los efectos del estrés en los problemas de fertilidad operan mediante los comportamientos del paciente como hábitos y estilos de vida, por lo que se refuerza el abordaje desde modelos diádicos (Boivin & Gameiro 2015). Desarrollar modelos multifactoriales permite contemplar los diferentes niveles operando juntos (hormonal, celular, fisiológico, cognitivo y conductual). El estrés psicológico y la infertilidad pueden causarse y afectarse mutuamente formando eventualmente un círculo vicioso, por lo tanto es correcto interpretar al individuo en su totalidad, considerando que el comportamiento biológico genera consecuencias en el funcionamiento de la psiquis y todo elemento psíquico se refleja en el comportamiento biológico, por la constante interacción cuerpo-mente (Zhu et al., 2022). Estudios holísticos sobre el vínculo entre el estrés psicológico y mecanismos fisiológicos indican correlación entre la angustia y las restricciones reproductivas, siendo que los conflictos emocionales se evidencian en el cuerpo (Langher et al., 2019). Sin embargo, no se trata de un número sustancial de casos convincentes que brinden evidencia para situar a la angustia como causante de infertilidad, por ende pese a muchos años de investigación aún no se determina si la angustia psicológica es causante de la infertilidad o es únicamente un efecto reactivo de vivir con infertilidad (Wischmann, 2003). Conceptualizar los problemas y trabajar sentimientos de conmoción, sorpresa, ira, culpa o aislamiento, permitió y habilitó la redirección del enfoque clínico de investigación (Boivin & Gameiro 2015).

Para 1974 se conocen los primeros escritos sobre consecuencias psicológicas de la infertilidad y se refuerza la necesidad de que los modelos de trabajo contemplen todos los determinantes que pueden operar. La autora Barbara Eck Menning publicó su libro de autoayuda sobre infertilidad en 1988, “Infertility: A Guide for the Childless Couple” y fue pionera en la fundación del primer grupo de autoayuda de pacientes, *Resolve*, que estimuló el crecimiento mundial de grupos de apoyo para la infertilidad <https://resolve.org/>.

Además intentó ayudar a las parejas a enfrentar preocupaciones y efectos psicosociales causados por la infertilidad. Para ello se basó en ideas de Kubler-Ross, quien propone alentar a los pacientes a identificar y resolver sentimientos de culpa, ira o pena. Con el fin de encontrar alternativas y soluciones a los impedimentos que presentaban algunas mujeres para quedar embarazadas, así como poder generar cambios en la alta tasa de fracaso de tratamientos de reproducción asistida ya disponibles (Kubler-Ross, 1969).

Los avances en genética y en bioquímica de la década del 70 permitieron el surgimiento de una nueva especialidad: La Medicina de la Reproducción (Allegue et al., 2005 p 132). Poco después, se consagra el desarrollo de la fertilización in vitro, (FIV). Ello favoreció la integración de profesionales de salud mental (PSM) en clínicas de fertilidad, principalmente con el fin de guiar a los usuarios en el soporte de las demandas que la alta tecnología del tratamiento implica. Por la experiencia de los PSM, su rol principal se basa en llevar a cabo evaluaciones psicológicas previas al tratamiento, consideradas necesarias para la selección de los pacientes más adecuados para someterse a FIV. El cometido, se centra en impedir que personas con psicopatología manifiesta reciban el tratamiento, siendo que preocupa la capacidad de resistir o no los procedimientos (Seibel & Levin, 1987). Sin embargo, en torno al 1990 la participación de PSM, mediante la aplicación de test y evaluaciones representan un bajo porcentaje de efectividad en sus propósitos. Las intervenciones son interrumpidas siendo que los profesionales reflexionan y cuestionan la necesidad de desarrollarlas ya que manifiestan incomodidad al estar posicionados como guardianes de un tratamiento mediante el cual las pacientes desean cumplir el sueño de formar su familia. Además, si bien se sabe que la infertilidad es transitada como una problemática angustiosa, para ese entonces no se establecen consecuencias devastadoras y la mayoría de las personas expresan ser capaces de enfrentarlo y de adaptarse a este importante desafío de la vida sin asesoramiento (Boivin y Gameiro, 2015). Las investigaciones dan cuenta de lagunas en el conocimiento sobre la influencia psicológica en la infertilidad y los estudios de evaluación no especifican claramente el grupo de pacientes que se espera beneficiar (Wischmann, 2003). Para el nuevo milenio, el paradigma de la medicina basada en evidencia propone el análisis y evaluación como base de la toma de decisiones, afectando el abordaje psicológico individual. Se promueve el enfoque sistemático para la recopilación y uso de una mejor evidencia de investigación. La medicina basada en evidencia logra un significativo avance en diferentes aspectos que engloban las técnicas de reproducción asistida, como por ejemplo influir en la seguridad de los medicamentos para la fertilidad así como en los impactos en la salud a causa de embarazos múltiples (Boivin y Gameiro, 2015).

El paradigma más reciente, basado en la atención integral en cuestiones de infertilidad, propone una nueva perspectiva, como consecuencia de los variados desafíos que experimentan los pacientes durante los tratamientos, así como de las limitaciones que enfrentan las intervenciones psicológicas al momento de ayudar a las pacientes a abordar tales desafíos por completo (Boivin et al., 2001). En este nuevo enfoque se pretende que los profesionales de la salud mental, médicos y personal general de la clínica, trabajen juntos para la atención de la infertilidad, siendo a su vez monitoreados y evaluados para favorecer intervenciones e investigaciones futuras. Las habilidades a desarrollar deben ser adquiridas mediante una capacitación particular, donde para el cumplimiento de tratamientos se

consideren las principales barreras y fortalezas, atribuidas al paciente, al tratamiento médico en sí mismo o al entorno clínico (Moreno Rosset, 2008).

A continuación, se mencionan las principales Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) contemplando que se trata de la mayor respuesta científica para el problema médico de la infertilidad. Las TRA actúan como medio para la satisfacción en derechos humanos reproductivos donde miles de mujeres logran su anhelo de maternidad (Bladilo & Herrera, 2017), siendo el deseo del hijo motivo suficiente para el acceso a esta tecnología (Diniz & Gómez Costa, 2006). Dichas técnicas son clasificadas de baja y alta complejidad. Las de menor complejidad comprenden la inducción de la ovulación, estimulación de la ovulación y relaciones programadas e inseminación intrauterina. Para inducir el ovario se indica medicación por vía oral o inyectable y se evalúa la respuesta por monitoreo ecográfico con el fin de establecer el momento adecuado para mantener relaciones sexuales. La estimulación ovárica en cambio trata de un proceso que induce a la creación de más de un folículo, indicada a mujeres que ovulan normalmente pero por otras dificultades no logran quedar embarazadas ([Reproducción asistida de baja complejidad | Fertilab](#)). La inseminación artificial, o intrauterina consta de la transferencia de espermatozoides mediante una cánula hacia la cavidad uterina, por parte del médico tratante, en el momento en que la mujer está ovulando (Viera, 2015).

Las técnicas de mayor complejidad comprenden la fertilización in vitro (FIV), la transferencia de gametos o en otros casos embriones a la trompa de Falopio y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides en óvulos. La FIV consta de un procedimiento que involucra fertilización extracorpórea de óvulo con un espermatozoide para producir embriones y posteriormente transferirlos al útero (<https://www.eshre.eu/en>), la transferencia de gametos en la trompa de Falopio trata de la introducción de óvulo y espermatozoide mediante un catéter directamente a la trompa de Falopio. La transferencia de embriones y la inyección intracitoplasmática suponen la previa realización de un procedimiento in vitro para luego transferir el embrión directo a la trompa o se inyectan espermatozoides uno por uno en los óvulos o (Viera, 2015, p. 38). Como ha sido descrito, con las TRA la biomedicina introduce un nuevo participante en la posibilidad de dar vida, lo que invita a la reflexión de su poder e incidencia en las subjetividades del mundo contemporáneo (Viera, 2015).

Dicha autora sostiene que:

La espiral de transformaciones biotecnológicas en diálogo con la cultura como red de significación nos obliga así a repensar algunos de los marcos de sentido que construyen el deseo de filiación biológica. Tanto quienes desarrollan y aplican estas tecnologías como sus destinatarios tienen un lugar privilegiado en la (re)elaboración de tales marcos culturales ... También tienen incidencia en la reelaboración de los

marcos culturales quienes legislan acerca de las TRA, quienes establecen las políticas sanitarias con respecto a estas y algunas instituciones ... (Viera, 2015 p15). Asimismo, se establece que las tecnologías reproductivas no se proponen solamente solucionar la restricción de la fertilidad mediante un servicio sino que son asumidas como tratamiento en salud (Diniz & Gomes Costa, 2006). Recordando que el diagnóstico de infertilidad genera una pérdida simbólica difícil de expresar y aliviar para quienes la fecundidad es muy deseada existe una salida en la Medicina de la Reproducción (Moreno Rosset, 2008). Es preciso puntualizar que las TRA producen nuevas y variadas significaciones sobre la sexualidad, la maternidad y el deseo. La mujer que ingresa en un programa de procreación asistida trastoca muchas pautas de su vida. Aparece disociación entre sexualidad y placer, siendo este último perteneciente al escenario privado ahora tiene lugar en un campo externo donde la demanda de la mujer cambia de dirección contribuyendo a desposeer su erogeneidad (Cincunegui et al., 2004). En dichas instancias, la actividad sexual no persigue la reproducción y la reproducción no necesariamente requiere del sexo. La pérdida de intimidad, es transitada también, desde los primeros exámenes médicos donde la mujer entrega su cuerpo a la experimentación y vivencia dolores e inquietudes físicas (Kong et al., 2019) El cuerpo femenino se "pasiviza y se subjetiviza, pasando de ser sujeto de deseo a objeto de la biociencia (Cincunegui et al., 2004 p 107). El desarrollo tecnológico de la reproducción asistida no es neutral al género porque responde a lógicas generalizadas incidiendo en prácticas concretas sobre las mujeres (Viera, 2015). La nueva perspectiva médico científica perturba imaginarios y trastoca sistemas de representación cuestionando creencias e ideologías (Allegue et al., 2005). Asimismo, las tecnologías tienden a aumentar la confianza de las pacientes en los tratamientos ya que se les brinda mayores probabilidades de cumplir su deseo de embarazo y dar a luz un hijo. Las clínicas de TRA pasan a ser un espacio recurrente de las mujeres y sus compañías, generando importantes cambios de rutina y hábitos. El cumplimiento del tratamiento se vuelve el principal propósito con un alto costo emocional y en muchas ocasiones económico (Zhu et al., 2022). Tal como plantean Cincunegui et al., (2004), las técnicas de reproducción proponen una nueva forma de procreación pero no un espacio terapéutico de la infertilidad y en dichas instancias ineludiblemente se generan efectos y sufrimiento psíquico que no se resuelven con la tecnología (p 107).

Con base en la relevancia de trabajar sobre los factores psicológicos implicados, se considera la pertinencia de un acompañamiento terapéutico asertivo, lo antes posible, que responda a buenas prácticas y donde se valore a la mujer como ser bio psico social proporcionando un espacio seguro de respeto y comprensión, evidenciando la intención profesional de abordar todas las dimensiones de salud.



#### **IV) ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECÍFICA EN INFERTILIDAD Y TRA.**

Actualmente en algunos sectores de la sociedad occidental, donde se promueve libertad de expresión y pensamiento, la infertilidad todavía es un estigma secreto (Langher et al., 2019). Siendo que los inconvenientes reproductivos representan un fenómeno creciente, se torna necesario divulgar el problema a través de la promoción del conocimiento generalizado, para mejorar la toma de conciencia pública sobre dicha preocupación de salud y brindar mejores alternativas de salida frente a la frustración que experimenta la mujer infértil (Place et al., 2018 citado por Langher et al., 2019). El presente escrito se propone contribuir en el abordaje de dicha problemática entendiendo que se requiere de un alto sentido ético y profesional, contemplando que, sintetizar información estadística y descriptiva sirve de herramienta a los autores y equipos de investigación sobre el estado actual de este campo (Zhu et al., 2022). El ámbito de la tecnología reproductiva conforma un gran centro de investigación, donde intereses como valores políticos y culturales influyen en la innovación tecnológica, produciendo interacciones entre ciencia, tecnología y sociedad (Viera, 2015). El aumento de la demanda de tratamientos e investigación en cuanto a infertilidad, acarrea la integración de factores fisiológicos, anatómicos y psicológicos actuando en correlación (Urgellés et al., 2012).

La posibilidad de crear vida con participación tecnológica es un hecho de carácter inédito en la historia de la humanidad y cuestiona los fundamentos de la vida desde varias perspectivas: éticas, filosóficas, jurídicas y culturales. Por ello es necesario convocar a varias disciplinas para poder pensar, no solamente lo que sucede en la realidad biomédica, sino para comprender los cambios que se producen en el orden simbólico (Allegue et al., 2005 p 137).

Para el tratamiento de la infertilidad, los autores Allegue et al., (2005), Ávila & Moreno-Rosset (2008), Boivin & Gameiro (2015), Cincunegui et al., (2004), Malina et al., (2016), Langher et al., (2019), Rojas Quintana et al., (2011) y Zhu et al., (2022), consideran preciso el desarrollo de un abordaje integral multidisciplinario, comprendido desde clínicas especializadas, equipadas con tecnología específica capaz de proporcionar tratamientos adecuados a las necesidades de cada mujer. Dicho abordaje se pone en marcha desde que se promueven aspectos preventivos de la enfermedad, la detección y notificación de causas, el acompañamiento en el procesamiento de información y la aceptación del diagnóstico, así como el asesoramiento y atención durante los pasos a seguir en caso de escoger la TRA que mejor se ajuste a la situación particular, previamente evaluada por el

equipo de trabajo. El beneficio por el progreso científico en reproducción es un derecho humano involucrado directamente en el desarrollo de las TRA (Bladilo & Herrera, 2017).

El reconocimiento de la propia infertilidad no siempre se da de manera inmediata, la tristeza e impotencia como sentimientos generales ante la situación, podrían bloquear las decisiones y acciones a seguir (Malina et al., 2016). Cuando la mujer que desea un hijo asume que luego de varios intentos de relación sexual sin barrera de protección no ha logrado el embarazo y asiste a la consulta médica o ginecológica, generalmente le aflora la angustia, el rechazo e incluso la negación, siendo que por encima del diagnóstico, está el sufrimiento (Boivin et al., 2001). Desde la postura profesional, ese espacio se torna diferente en caso de infertilidad y el foco de la consulta es un deseo no cumplido (Cincunegui et al., 2004). Cada paciente se apropia subjetivamente de la noticia, y desarrolla estrategias de afrontamiento diversas basadas en características personales y psicosociales en torno a la idea particular de convertirse en madre (Bracamonte et al., 2022). Comprendiendo que el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad tienen alto impacto en la vida íntima, en el momento de ingreso a la posibilidad de no poder concebir por métodos naturales, el profesional debe considerar aspectos de la sexualidad, relación de pareja así como capacidad de hacer frente a aspectos psicológicos y emocionales. Cuando la mujer “acepta” el diagnóstico, da lugar a estudiar posibles alternativas y valorar los costes-beneficios de cada opción disponible, posicionando al personal de salud como responsables exclusivos de cumplir su sueño de maternar (Zhu et al., 2022). Brindar información precisa que explique cada tratamiento con claridad y ofrezca al paciente todas las alternativas posibles será el desencadenante de buenas prácticas. La consulta por infertilidad debe ser llevada a cabo desde la medicina así como desde lo psicosocial, proporcionando un encuentro útil, seguro, confiable, de respeto y comprensión (Boivin et al. 2001). Las clínicas deben estar preparadas para comprender y abordar los problemas psicosociales que enfrentan las mujeres que utilizan sus servicios y el grupo médico especializado debe asegurar el espacio ideal para el cumplimiento del deseo en juego (Gameiro et al., 2015). La consultoría en infertilidad, puede suceder en situaciones de crisis, en contextos inesperados, para afrontar consecuencias, así como para brindar orientación psicológica y apoyo durante un duelo. Es importante diferenciar situaciones en que, al llegar a la consulta, mencionan un diagnóstico previo, habiendo ya realizado tratamientos o habiendo transitado por varios consultorios e instituciones (Jadur & Duhalde, 2005), las autoras mencionan que:

En estos casos, los pacientes se presentan con expectativas renovadas, sea por recomendaciones, por buenos resultados obtenidos por conocidos en su misma situación o por haber sido atendidos con respeto y responsabilidad profesional. Son

aquellos que transportan la historia de sus proyectos reproductivos en papeles amarillentos, cuidadosamente encarpetados, que son testigos del dolor y de su esperanza. Es de suma importancia velar por que la infertilidad “física” no se convierta en una infertilidad de la vida cotidiana, centrada únicamente en el deseo de ser padres (p36).

La experiencia del tratamiento de la infertilidad se ha descrito como una situación que envuelve a las pacientes y domina su rutina diaria por la demanda que los estudios y tratamientos exigen. Las repetidas intervenciones generan tensión emocional, desilusión y desesperación (Langher et al., 2019). Realizar una TRA implica el ingreso a un ciclo recurrente de pasos donde la mujer puede entrar, salir y volver a entrar en cualquier momento a causa de los impactos físicos y sentimentales que los procedimientos conllevan (Gameiro et al., 2015). Los abandonos de tratamientos se suelen basar en intentos fallidos anteriores, los altos costos, el estrés transitado con una falta de atención sanitaria (Malina et al., 2016). Percibir un trato poco personalizado y sin empatía contribuye a aumentar el malestar emocional y la desconfianza en el personal de la clínica de fertilidad (Bracamonte et al., 2022). El abordaje multidisciplinario de la infertilidad apunta a cambiar los resultados de salud aumentando el éxito de los tratamientos y con ello la satisfacción de las pacientes las cuales reducen reacciones negativas por la ayuda centrada en aceptar mejor sus experiencias (Boivin et al., 2001).

Según planteos de Moreno Rosset (2008), la Medicina Reproductiva se desarrolla principalmente en torno a las dificultades de la fertilidad, donde la variedad de alteraciones emocionales dan lugar al ingreso y actuación de Psicólogos en un nuevo campo interdisciplinario, la Psicología de la Reproducción:

Esta nomenclatura parte de la denominación utilizada en Medicina o Biología (Medicina o Biología de la Reproducción o Medicina o Biología reproductiva), como lo han hecho otras especialidades de la Psicología que pueden considerarse sanitarias, como por ejemplo la Psicología del trabajo, forense, deportiva, etc. que tienen a su vez sus homólogas en Medicina (Medicina del Trabajo, Medicina Forense, Medicina Deportiva). La Psicología de la Reproducción debiera prevenir y/o tratar los desajustes psicológicos relacionados con el ciclo reproductivo. Desde la pubertad hasta la vejez, la actuación del psicólogo puede requerirse en cualquiera de las fases reproductivas del ser humano (Moreno Rosset, 2008 p 154)

En la misma línea, la European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE (Sociedad Europea de Reproducción Humana), propone recomendaciones de referencia a

nivel mundial que respaldan las mejores prácticas en medicina reproductiva. El equipo de trabajo a cargo, desarrolla pautas con el fin de ayudar a los médicos en su que hacer a diario, donde deben proporcionar el diagnóstico y los tratamientos a sus pacientes. El manual específico de directrices ESHRE estructura y unifica la metodología de los documentos de orientación de ESHRE en áreas donde no hay evidencia disponible y/o donde se necesitan recomendaciones más prácticas sobre cómo abordar el diagnóstico, los tratamientos y los procedimientos. Para garantizar una experiencia saludable del tratamiento de la fertilidad se debe proveer cuidados de salud de alta calidad, crear las condiciones óptimas para que los pacientes en tratamiento alcancen sus objetivos así como ayudar a las pacientes y a los proveedores de salud a manejar estas y otras consecuencias de la infertilidad y su tratamiento (ESHRE). Dada la alta inversión emocional, la mujer expresa exigencias que obligan a una preparación y capacitación específica del personal de salud involucrado, al cual se lo posiciona como absoluto responsable del cumplimiento del deseo que se pone en juego (Langher et al., 2019). La atención desarrollada varía de una clínica a otra siendo que se basa en factores culturales así como en el marco legal y social de cada país (Boivin et al., 2001). Mediante su relación con la paciente, el médico procura que el abordaje psicosocial se integre en su atención y con la de todo el equipo, sabiendo que el enfoque interdisciplinario enriquece las disciplinas y puede llevarlas a interactuar logrando el surgimiento de un nuevo saber (Allegue et al., 2005). Considerar un enfoque holístico, que supere los procesos técnicos puntuales, aumenta la satisfacción de las pacientes así como la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva proporcionando mayores garantías en el abordaje de médicos y profesionales de la salud mental (Moreno Rosset, 2008). Las directrices específicas para el accionar en infertilidad mencionan que todo el personal de una clínica de fertilidad, puede y debe brindar atención centrada en la paciente en todo momento, pero solo las personas con capacitación profesional pueden brindar atención específica. Centrarse en el paciente comprende desde responder preguntas básicas hasta brindar apoyo después de situaciones que generan angustia, como por ejemplo: la noticia de una prueba de embarazo negativa (Boivin et al., 2001). Las intervenciones de rutina para los tratamientos debe portar su apropiada base teórica desde un enfoque integral ya que pueden reducir las preocupaciones en torno a los procedimientos médicos y el estrés, afectando en el cumplimiento o no del tratamiento. Además, en este tipo de intervenciones se describen las preferencias en la atención y lo que genera bienestar (Ávila & Moreno-Rosset, 2008). El bienestar durante TRA está relacionado con los cuidados recibidos desde lo cotidiano, por lo que es de suma importancia el desempeño de buenas prácticas que anticipen los aspectos emocionales desarrollados a lo largo de todo el proceso. Dotar de información antes y durante los ciclos de intervención permite ajustar las expectativas, normalizar síntomas y eliminar

incertidumbres (Gameiro et al., 2015). Es de destacar que la falta de apoyo emocional o informativo aumenta el nivel de estrés y dirige a las pacientes al abandono del tratamiento, lo que puede evitarse mediante esfuerzos psicoprofilácticos y terapéuticos adecuados (Malina et al., 2016). En ocasiones, en una primera reunión el entorno del equipo médico se refiere a las mujeres infértiles de manera anónima, inhabilitando un espacio confiable donde se superen sentimientos de vergüenza y estigmatización pese a la correcta disponibilidad de los profesionales. Para evitarlo, es preciso chequear previamente información básica de la paciente como nombres, profesión y si es la primera vez que asiste al centro (Boivin et al., 2001). Una vez establecido el primer contacto, es apropiado indagar características y necesidades personales, aspectos de historia familiar, situaciones que desencadenan sufrimiento y experiencias de pérdidas o fallos. Se comprenden las "necesidades" como condiciones que los pacientes asumen indispensables para transitar una experiencia saludable en relación a la TRA que deciden realizar (Gameiro et al., 2015). Cada paso del tratamiento conlleva propósitos y un conjunto de objetivos, por lo que se pueden presentar diversos problemas lo que requiere tratos y aptitudes específicas (Boivin et al., 2001). Es por lo tanto importante que la atención se desarrolle de forma consecuyente y escalonada, de lo simple a lo más complejo, de manera dinámica, sin pérdida de tiempo innecesarios que retrasen procedimientos y generan mayor ansiedad en la mujer infértil (Rojas Quintana et al., 2011). Respondiendo a las necesidades más comunes a todas las pacientes, las clínicas deben prevenir la combinación con el tratamiento médico durante la consulta de rutina y ofrecer acceso a consultoría en infertilidad o psicoterapia según requiera, lo que implica que todos los miembros del equipo que mantengan contacto con la paciente son responsables de la información y atención psicosocial ofrecida (Boivin et al., 2001). La información proporcionada puede ser de manera escrita, por audiovisual o llamada telefónica para complementar el asesoramiento ya existente, contemplando reacciones comunes por infertilidad y cómo sobrellevarlas. El formato debe ser rentable y accesible procurando normalizar las experiencias para que la mujer no se sienta excluida si su situación difiere de las descritas. Conformar grupos de autoayuda es conveniente, para empoderar y aumentar la autonomía de las pacientes donde cada miembro contribuye al éxito del grupo (Gameiro et al., 2015). El objetivo es también informar aspectos psicosociales y legales de la construcción de la familia utilizando diferentes opciones médicas y no médicas así como conocer inconvenientes intra e interpersonales que circundan la infertilidad y compartir experiencias, sensaciones, afectos, evitando sentirse marginadas de la comunidad (Jadur & Duhalde, 2005).'

Por su parte, el asesoramiento o consejería, supone realizar intervenciones psicológicas basadas en marcos teóricos específicos, con el fin de atender necesidades extraordinarias, tanto individualmente, en pareja o grupos de apoyo, para influir en especial, sobre la salud

sexual y reproductiva (Rojas Quintana et.,al 2011). En ocasiones donde la mujer manifiesta angustia a raíz del fracaso en tratamientos anteriores o por el miedo de someterse en uno, se debe disponer de un espacio de atención psicológica para abordar la situación (Boivin et al., 2001). Queda establecido que resulta imprescindible que el psicólogo forme parte del equipo multidisciplinar, por los importantes impactos emocionales que conlleva la infertilidad y las TRA. Evaluar a las mujeres y en muchos casos a sus acompañantes, permite conocer el ajuste emocional, detectar el riesgo de desarrollar trastornos emocionales y ofrecer la ayuda psicológica adecuada a cada caso (Moreno Rosset, 2008). El abordaje desarrollado por un profesional capacitado en salud mental implica saber habilidades de sostén así como contar con preparación referente a los aspectos médicos de reproducción. La diferencia clave entre la atención centrada en el paciente y la intervención psicológica es el nivel de formación y el alcance del consejero:

las pérdidas reproductivas recurrentes, entre otros, sólo pueden ser asimilados intrapsíquicamente en un espacio de psicológico interrogación. Este abordaje es diferente del imprescindible acompañamiento afectivo que forma parte de la función médica. Si el médico comunica que no se logró el embarazo, en la psicoterapia se metabolizan los efectos de esta información (Jadur & Duhalde, 2005 p 38).

Al afrontar la falta de hijos se confronta la elaboración de un “duelo” de las propias capacidades, se perciben limitaciones antes desconocidas por el quiebre de estabilidad bio-hormonal y psicológica y se expone la relación de pareja, la vida familiar y los recursos económicos, entre otros (Ávila & Moreno Rosset, 2008). La consejería garantiza que la mujer comprenda e interiorice las implicaciones de su elección de tratamiento teniendo suficiente fuerza emocional para soportar o afrontar de manera saludable su tránsito por la experiencia (Jadur & Duhalde, 2005). Siendo de gran relevancia, indagar el significado personal de la pérdida de un objetivo importante en la vida, y trabajar en normalizar los sentimientos y emociones, así como ayudar a preparar el final del tratamiento médico (Wischmann, 2003). De igual manera, abordar las diferencias entre los cónyuges y los problemas que puedan surgir en relación a la sexualidad ayuda a los pacientes a reconstruir su sexualidad como fuente de placer, siendo que las relaciones sexuales se ven alteradas en gran medida, por ser realizadas solo los días prescritos por el tratamiento para conseguir el objetivo deseado, dejando el goce a un lado (Moreno Rosset, 2008). Hay pacientes más vulnerables a las demandas del tratamiento, por lo que el equipo de fertilidad debe estudiar sus características específicas y considerar el nivel de desorientación manifiesto para determinar apoyo psicosocial adicional (Malina et al.,2016). Es pertinente habilitar la expresión de emociones y dialogar sobre los factores personales, situacionales, sociales y

relacionados con el tratamiento que pueden desencadenar malestar. En casos donde los aspectos culturales o religiosos influyen en la vida cotidiana de la mujer, es menester revisar la presión que ejercen, con el fin de explorar el significado de la infertilidad desde su perspectiva (Gameiro et al., 2015). El profesional debe interpretar las diversas perspectivas en relación al modo y momento de concebir que actualmente pueden preferir las mujeres, siendo influenciadas por la tendencia social a retrasar la búsqueda de hijos (Ávila & Moreno-Rosset, 2008). Acudir a profesionales empáticos que entiendan la dimensión real que tiene la infertilidad para la mujer ayuda a paliar el dolor y a afrontar mejor el diagnóstico (Bracamonte et al., 2022). Cuando los usuarios usan los servicios de apoyo psicológico, muestran altos niveles de satisfacción y generalmente vuelven a demandarlos (Rojas Quintana et al., 2011). Las buenas prácticas profesionales afectan el aumento en la tasa de embarazos en las clínicas de fertilidad (Boivin et al., 2001) por ende la orientación e intervención psicoterapéutica debe ofrecer una valiosa oportunidad de elaborar adecuadamente las experiencias complejas que atraviesan las mujeres diagnosticadas con infertilidad. Por encima de un tratamiento psicológico de la infertilidad es necesario potenciar la orientación y ayuda psicoterapéutica mediante programas que contribuyan en condiciones psicológicas y psico-sociales idóneas (Ávila & Moreno-Rosset, 2008).

El trabajo multidisciplinario, orientado a la prevención y atención de la infertilidad permite al paciente y al profesional comprender las implicaciones al elegir un determinado tratamiento. Se establece que un enfoque más holístico de la atención al paciente mejora los resultados de salud, aumenta su satisfacción y la del equipo, reduce las reacciones psicosociales negativas y ayuda a las mujeres a transitar con mayor aceptación sus experiencias (Boivin et al., 2001). La integración de Psicólogos en servicios de reproducción humana está ampliamente amparada por investigadores y usuarios (Ávila & Moreno-Rosset, 2008).

La importancia de la psicoterapia radica en trabajar conjuntamente con las pacientes en la construcción de un proyecto identificador que se aproxime a su realidad subjetiva y contemple la creación de espacios alternos, de creatividad y realización personal además de aceptar su diagnóstico de infertilidad (Arranz Lara et al., 2001). Las significaciones compartidas contribuyen a organizar el modo de ser de las personas, en una realidad propia de cada cultura en un tiempo determinado: “Creemos que la procreación artificial mediante las nuevas técnicas de fertilización asistida marcan un quiebre en el imaginario instituido y reclaman nuevas significaciones a instituir ” (Allegue et al., 2005 p 137).

## REFLEXIONES FINALES:

Durante el desarrollo del presente trabajo monográfico se logra vislumbrar que el fuerte deseo de crianza de un hijo constituye un elemento de suma importancia en la vida de mujeres que han idealizado la maternidad, en muchos casos influenciadas por la construcción social. El imaginario social estructura las relaciones humanas dando significado a las creencias colectivas y la maternidad siendo valorada como mayor logro femenino por gran parte de la sociedad, conlleva grandes significados y connotaciones para cada persona en un momento y lugar determinado.

La infertilidad rompe con el imaginario que establece el modo y momento en que se llegará a ser madre, obligando a reformular maneras de pensar lo conocido y el cómo debería desarrollarse. Descubrir inconvenientes en la fertilidad afecta en diferentes ámbitos de la vida, produciendo sentimientos de frustración, culpa, angustia e ira.

La Medicina de la Reproducción ofrece valiosas alternativas para intentar reconstruir el sueño de tener hijos mediante técnicas y procedimientos que más se ajusten a la situación, pero los tratamientos médicos de la infertilidad pueden ignorar respuestas emocionales que experimentan las mujeres a causa del diagnóstico y de los tediosos procedimientos. Las clínicas deben incorporar aspectos psicológicos y psico-sociales en sus estrategias rutinarias garantizando el desarrollo de buenas prácticas más que de buenos tratamientos.

De esta forma puede visualizarse la importancia fundamental que tiene la inclusión del profesional psicólogo, que actúe en forma conjunta con los profesionales médicos, incluyendo estrategias psicoterapéuticas que respondan a las necesidades específicas de cada paciente. La relevancia del psicólogo incide en el compromiso con el que las mujeres afrontan los tratamientos siendo que en muchas ocasiones los abandonan por falta de un adecuado sostén emocional.

La intervención psicológica debe incluir un trabajo exploratorio y de apoyo para facilitar el procesamiento de información, desarrollar mayor fuerza emocional y aceptar mejor el diagnóstico. Su abordaje también incluye la creación de espacios de asesoramiento que puedan ser usados tanto por pacientes como por profesionales de la clínica. El gran deseo de maternar ejerce presión sobre el equipo médico de atención de la fertilidad, en quienes recae la responsabilidad del cumplimiento del mismo, por esta razón la intervención psicológica debe estar también a su disposición.

Un enfoque multidisciplinario de atención centrada en pacientes y en trabajadores de la salud aumentaría la satisfacción de los involucrados, beneficiando el progreso de los tratamientos y mejorando los resultados de salud.



Es de fundamental importancia continuar profundizando en el desarrollo de conocimiento científico respecto a la infertilidad y sus impactos. El auge que ha alcanzado la presente temática en los últimos tiempos es un motivo de impulso al desarrollo de la psicología de la reproducción. Abordar la infertilidad y su repercusión biopsicosocial contribuye al aumento de toma de conciencia colectiva. En este sentido se vuelve necesario promover el conocimiento social de las leyes que se encuentran vigentes en el país en relación a la temática, así como también los derechos sexuales y reproductivos.

La falta de consideración social de la salud mental repercute en que la infertilidad aún no se encuentre correctamente asociada con un problema de salud emocional, por ello en muchos organismos sanitarios, legislaciones y clínicas no se contempla la atención psicológica para afrontar los tratamientos médicos. Transformar subjetividades haciendo público el tema de la infertilidad contribuiría a disminuir los efectos emocionales negativos que provoca dicha problemática de salud. Compartir colectivamente las experiencias personales (como vía de escape del dolor) normaliza el uso de TRA como alternativa de procreación.

Todavía queda mucho camino por recorrer para que se brinde atención integral en salud reproductiva que incluya la dimensión cuerpo/mente. A lo largo de la monografía se intenta contribuir en el aumento de la inclusión del Psicólogo en un campo profesional multidisciplinario carente de una adecuada valoración.

## Referencias :

- Allegue, R., Abbate, S., Di Lorenzo, E., Mas Carcavallo, M., Maseda, M. D. L. A., Muniz Martoy, A., ... & Villalba, R. (2005). El cambio psíquico en pacientes y terapeutas a la luz del trabajo clínico actual en dificultades reproductivas. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 129-139
- Arranz-Lara, L., Blue-Grynberg, B. & Morales-Carmona, F. (2001). El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatol Reprod Hum*, 15, 133-138.
- Ávila, A. & Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica de la infertilidad: Orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 186-196.
- Ávila, Y. (2004). Desarmar el modelo mujer = madre. *Debate feminista*, 30, pp 35-54. Recuperado: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7520087>
- Badinter, E. (2011). *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. Madrid: La Esfera de los Libros
- Badinter, E. (1981). ¿ Existe el amor maternal? *Historia del amor maternal*. Siglos xvii al.
- Berg, B. J., & Wilson, J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of behavioral Medicine*, 14(1), 11-26. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00844765>
- Bladilo, A., Torre, N. D. L., & Herrera, M. (2017). Las técnicas de reproducción humana asistida desde los derechos humanos como perspectiva obligada de análisis. *Revista IUS*, 11(39), 0-0. [Las técnicas de reproducción humana asistida desde los derechos humanos como perspectiva obligada de análisis](#)
- Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and sterility*, 104(2), 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.035>

- Boivin, J., Appleton, T. C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Corrigan, E., Daniels, K. R., Darwish, J., Guerra-Diaz, D., Hammar, M., McWhinnie, A., Strauss, B., Thorn, P., Wischmann, T., Kentenich, H., & European Society of Human Reproduction and Embryology (2001). Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Human reproduction* (Oxford, England), 16(6), 1301–1304. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.6.1301>
- Bogino, M. (2020). Maternidades en tensión. Entre la maternidad hegemónica, otras maternidades y no-maternidades. *Investigaciones Feministas*, 11 (1), pp. 9-20. Recuperado: <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/64007>
- Bracamonte, S. R., Gallardo, P. S., & Marcos, M. M. (2021). Descubrir la infertilidad: La experiencia de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida. *Revista española de salud pública*, (95), 185. [Descubrir la infertilidad](#)
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 54(4), 227-248.
- Butler, Judith (2001), *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, México, Paidós/UNAM-PUEG. [https://www.lauragonzalez.com/TC/El\\_genero\\_en\\_disputa\\_Buttler.pdf](https://www.lauragonzalez.com/TC/El_genero_en_disputa_Buttler.pdf)
- Cincunegui, S., Kleiner, Y., & de Woscoboinik, P. R. (2004). La infertilidad en la pareja: cuerpo, deseo y enigma. Lugar Editorial
- Cortines García, M. (2015). El papel del manejo emocional en mujeres con problemas de infertilidad. Disponible en <http://hdl.handle.net/11531/1153>
- Delval, J. (2001). Hoy todos son constructivistas. *Educere*, 5(15), 353-359.
- Diccionario de la Real Academia Española (2014). Recuperado de: <http://www.rae.es/>
- Diniz, D., & Gomes Costa, R. (2006). Infertilidad e infecundidad: acceso a las nuevas tecnologías conceptivas. Cáceres C, comp. *Sexualidad, estigma y derechos humanos: Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA, UPCH, 53-68.

Engel, G. (1977). La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. *Revista ciencia*, 196(4282), 129. Modelo BioPsicoSocial

ESHRE. (10/12/2022). <https://www.eshre.eu/>

Fernández, A. M. (1993). La mujer de la ilusión; pactos y contratos entre hombres y mujeres. In *La mujer de la ilusión; pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós

Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., ... & Vermeulen11, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff.

Gómez, R., & Amilivia, S. (1985). *Mujer, deseo y embarazo*. Editorial Fundamentos.

González Sánchez, K., Lesteiro González, M., González González, D., & Pérez Rodríguez, M. (2021). Infertilidad, una mirada desde la Atención Primaria de Salud. *Medimay*, 28(2), 191-201. Recuperado de Infertilidad, una mirada desde la Atención Primaria de Salud | González Sánchez | Medimay

Hernández, A. M. (2020). La maternidad es personal y política. Construyendo un nuevo discurso en torno a las maternidades. *Investigaciones Feministas*, 11(1), 1+. La maternidad es personal y política. Construyendo un nuevo discurso en torno a las maternidades. - Document - Gale OneFile

Imaz, E., (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y Sociedad*, 36, 97-111

Jadur, S., & Duhalde, C. (2005). Aspectos emocionales y la relación médico-paciente en la consulta por infertilidad. *Reproducción*, 20(2), 35-39.

Jean-Pierre, T., & Anne, P. (2014). Le rapport social d'âge dans les politiques sociales. Disponible en: Le rapport social d'âge dans les politiques sociales - revue ¿ Interrogations ?.

- Kitzinger, C., & Willmott, J. (2002). 'The thief of womanhood': women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Social Science Medicine*, 54(3), 349–361. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00034-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00034-X)
- Kong, L., Shao, Y., Xia, J., Han, J., Zhan, Y., Liu, G., & Wang, X. (2019). Quantitative and qualitative analyses of psychological experience and adjustment of in vitro fertilization-embryo transfer patients. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 25, 8069. [10.12659/MSM.916627](https://doi.org/10.12659/MSM.916627)
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying* Macmillan. New York. [On Death and Dying By Elisabeth Kubler-Ross Contents: \\* Foreword by C. Murray Parkes \\* Acknowledgments \\* Preface Section Title](#)
- Langher, V., Fedele, F., Caputo, A., Marchini, F., & Aragona, C. (2019). Extreme Desire for Motherhood: Analysis of Narratives From Women Undergoing Assisted Reproductive Technology (ART). *Europe's journal of psychology*, 15(2), 292–311. <https://doi.org/10.5964/ejop.v15i2.1736>
- Malina, A., Błaszkiwicz, A., & Owczarz, U. (2016). Psychosocial aspects of infertility and its treatment. *Ginekologia polska*, 87(7), 527–531. <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0038>
- Moreno Rosset, C., (2008). Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 154-157.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.6 en línea]. <<https://dle.rae.es/maternidad>> [03/12/22].
- Rich, A. (1996): *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*, Madrid, Cátedra. [Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución](#)
- Rojas Quintana, P., Medina Tío, D., & Torres Ajá, L. (2011). Infertilidad. *Medisur*, 9(4), 340-350. Recuperado de <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1692>
- Schütz, A. (1993). La construcción significativa del mundo social introducción a la sociología comprensiva (No. 301.04 S33)

- Seibel, M. M., & Levin, S. (1987). A new era in reproductive technologies: The emotional stages of in vitro fertilization. *Journal of in vitro fertilization and embryo transfer*, 4, 135-140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3611922/>
- Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre* (pp. 7-37). Ediciones Cátedra.
- Urgellés Carrera, S. A., Reyes Guerrero, E., Figueroa Mendoza, M., & Palazón Rodríguez, A. (2012). Infertilidad en pacientes mayores de 35 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 530-537.
- Viera Cherro, M. (2015). *Lejos de París: tecnologías de reproducción asistida y deseo del hijo en el Río de la Plata*. Biblioteca Plural. Ediciones Universitarias
- Wischmann T. H. (2003). Psychogenic infertility--myths and facts. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 20(12), 485-494. <https://doi.org/10.1023/b:jarg.0000013648.74404.9d>
- Zhu, H., Shi, L., Wang, R., Cui, L., Wang, J., Tang, M., Qian, H., Wei, M., Wang, L., Zhou, H., & Xu, W. (2022). Global Research Trends on Infertility and Psychology From the Past Two Decades: A Bibliometric and Visualized Study. *Frontiers in endocrinology*, 13, 889845. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.889845>