



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Producción teórica - Monografía

Infertilidad en parejas heterosexuales: un análisis del comportamiento emocional desde una perspectiva psicológica y sociocultural.

Karen Jovana Videla Fernández

CI: 4.213.971-6

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

Docente Revisora: Prof. Adj. Anabel Beniscelli

Montevideo, Uruguay

Julio, 2025

Tabla de contenido

Resumen	3
Introducción	4
Capítulo 1. Género e infertilidad	7
1.1 Impacto emocional de la infertilidad para los varones	12
1.2 Infertilidad y feminidad: desafíos y expectativas sociales	14
Capítulo 2. Aspectos psicológicos en parejas heterosexuales frente al diagnóstico de infertilidad	17
2.1 Etapas emocionales en el camino de la infertilidad	18
2.2 Duelo ante la pérdida incierta	21
Capítulo 3. Alternativas tras el diagnóstico de infertilidad	24
3.1 Tratamiento de reproducción humana asistida	24
3.2 Adopción	26
3.3 Una vida sin hijos	27
Capítulo 4. Rol e intervenciones del psicólogo ante el diagnóstico de infertilidad en parejas heterosexuales	29
Conclusiones	33
Referencias Bibliográficas	35

Resumen

La presente monografía se realiza en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Tiene como objetivo analizar el comportamiento emocional de las parejas heterosexuales al recibir el diagnóstico de infertilidad, desde una perspectiva sociocultural y de género, planteando las características de la feminidad y masculinidad en relación a los mandatos sociales referentes a la paternidad y la maternidad, se exponen algunos aspectos subjetivos de la pareja heterosexual en relación a su infertilidad. Desde la perspectiva psicológica se abordan aspectos emocionales y psicológicos de la pareja heterosexual diagnosticada con infertilidad, que incluyen el afrontamiento de la infertilidad, las etapas emocionales y la elaboración del duelo ante la pérdida incierta.

En éste trabajo se desarrollan las distintas alternativas acerca de la decisión de pareja ante el diagnóstico de infertilidad, tales como: optar por tratamientos de reproducción asistida, la adopción o aceptar una vida sin hijos.

Por último, se explica la importancia del psicólogo y su rol ante la recepción y el manejo del diagnóstico de infertilidad en parejas heterosexuales.

Palabras clave: Infertilidad, psicología de la reproducción, duelo.

Introducción

Este Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la UDELAR, tiene como objetivo analizar las variantes del comportamiento emocional en los miembros de parejas heterosexuales que reciben un diagnóstico de infertilidad, abordando el tema desde una perspectiva psicológica, de género y sociocultural. Además, se busca discernir las razones que llevan a estas parejas a optar por tratamientos de reproducción asistida, iniciar los trámites para la adopción, o aceptar vivir sin hijos. Para ello, se lleva a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica utilizando diversos motores de búsqueda, tales como Timbó, Latindex, Pub Med, BVS Salud, Redalyc, Google Académico, Dialnet y Scielo, entre otros.

Nos enfocamos en el diagnóstico de infertilidad de parejas heterosexuales ya que en estos casos es posible observar con mayor claridad este diagnóstico. En mujeres solas y en parejas de mujeres puede o no haber un factor de infertilidad, además que se incluyen otras variables como la monomaternidad o temas relacionados a estudios de diversidad sexual, que no serán el centro de esta monografía.

La elección de este tema está profundamente influenciada por mi formación académica, tanto en Psicología como Auxiliar de Enfermería, como en mi propia experiencia personal. Por mi profesión como Auxiliar de Enfermería en el Primer Nivel de Atención, especialmente en el servicio de ginecología y obstetricia, frecuentemente acceden parejas que enfrentan dificultades para concebir durante largos períodos. Además, mi experiencia personal con la maternidad, lograda a través de un proceso de reproducción asistida, también ha sido un factor determinante en esta elección. En cuanto a mi tránsito por la formación de la Facultad de Psicología puedo decir que estuvo sesgada por una orientación hacia la clínica psicoanalítica, al cursar referencial de egreso en el intercambio de ideas con otros estudiantes y el docente decidí que quería trabajar sobre el tema planteado en este trabajo final de grado.

Para abordar adecuadamente esta temática, es fundamental presentar la definición de salud reproductiva. Según La Organización Mundial de la Salud (2019), “la salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida”. A partir de aquí, se busca explorar cómo recibir un diagnóstico de infertilidad puede convertirse en una experiencia emocionalmente perturbadora y compleja para cada miembro de la pareja.

Dominguez (2002) señala que la infertilidad afecta de manera distinta a cada persona, y en esta respuesta única influyen elementos como el género, la personalidad, la historia personal previa y los estilos individuales de afrontamiento ante situaciones adversas. La noticia de infertilidad puede ser percibida por la persona, como un trastorno biológico de naturaleza médica que requiere tratamiento, o bien puede transformarse en un problema personal que afecta el ámbito de la maternidad y la paternidad.

Según Llavona (2008), en la mayoría de los casos, la condición de fertilidad o infertilidad no se revela hasta que se pone a prueba la función reproductiva de la persona y se observa una disfunción en este aspecto. El deseo de tener un hijo sin lograrlo durante varios meses lleva a la pareja a consultar a un profesional en busca de respuestas. Este enfoque puede tener como objetivo "evaluar la fertilidad para mejorar la fecundabilidad y reducir el tiempo hasta la concepción" (Lepage y Epelboin, 2019, p.1), entendiendo que la infertilidad es "la incapacidad de concebir después de un año de relaciones sexuales sin el uso de anticonceptivos" (Onatra et al., 1992).

La infertilidad representa un desafío significativo para muchas parejas en su etapa reproductiva (Onatra et al., 1992; Llavona, 2008; Díaz y García, 2011). Este fenómeno ha sido principalmente abordado por la biomedicina y la psicología, disciplinas que han logrado avances significativos en su comprensión y tratamiento.

La dificultad para concebir un hijo de manera espontánea puede generar problemas emocionales y sociales, afectando la subjetividad de cada persona. Lo cual se vincula con el concepto de "padecer", que describe cómo cada individuo experimenta las alteraciones de su salud, considerando su contexto biológico, psicológico y sociocultural (Díaz y García, 2011; Onatra et al, 1992). En este sentido, el cuerpo no es solo una entidad física; está cargado de significados sociales que lo transforman en una construcción simbólica, desempeñando un papel dentro de un contexto social específico. Así, "el cuerpo representa una realidad que, aunque material y biológica, está inscrita de manera particular dentro de la subjetividad social" (Oliva y Batista, 2019, p.102).

Es importante mencionar que, desde el punto de vista médico, la infertilidad se puede clasificar en dos tipos: primaria, la cual refiere a la incapacidad de llevar a término un embarazo clínico sin haber tenido hijos previamente, y en infertilidad secundaria que ocurre cuando una persona ha tenido al menos un hijo, pero enfrenta dificultades para que un nuevo embarazo llegue a término (Pumar, 2021). También podemos clasificarla según la

causa: femenina, masculina, mixta y sin causa aparente. La infertilidad por causa femenina refiere cuando la causa biológica se encuentra en la mujer, mientras que la infertilidad por causa masculina hace referencia a factores causantes en el hombre. La infertilidad mixta se presenta cuando ambos integrantes de la pareja tienen causas biológicas que impiden el embarazo. La infertilidad sin causa aparente como aquellos casos en los que, a pesar de no poder identificar una razón específica, no se logra el embarazo (Salazar, 2006; Rojas et al, 2011).

Las causas sociodemográficas son cruciales, determinando diferencias significativas basadas en factores como el género, la edad y la presencia de otros hijos. Según Antequera (2008), las mujeres enfrentan mayores desafíos al aceptar que una pareja sin hijos también es una familia, experimentando más pensamientos obsesivos sobre el embarazo, lo que se asocia con más ansiedad y depresión. La edad también influye, ya que las parejas saben que la fertilidad disminuye con el tiempo, aumentando el estrés. Por otro lado, tener otros hijos puede mitigar las reacciones emocionales tras un diagnóstico de infertilidad, aunque las parejas con hijos que enfrentan dificultades para un nuevo embarazo también pueden experimentar reacciones negativas, especialmente si uno de los miembros no es el padre o madre biológica.

Para el desarrollo de este trabajo, hemos dividido el material en cuatro grandes capítulos. El primero, desarrolla como incide en el afrontamiento de un diagnóstico de infertilidad las presiones socioculturales en la maternidad y paternidad, el impacto que genera en los varones y la relación de la infertilidad femenina con las expectativas sociales referentes a la maternidad. El segundo capítulo explica los aspectos psicológicos de la pareja ante la infertilidad y sus etapas emocionales. El tercer capítulo plantea la decisión que toma la pareja heterosexual luego de recibir el diagnóstico de infertilidad, acerca de comenzar con el tratamiento de reproducción asistida, adopción o la aceptación de la infertilidad y continuar su vida sin hijos. El cuarto capítulo explica el acompañamiento del psicólogo a parejas heterosexuales cuando reciben el diagnóstico de infertilidad, y sus posibles intervenciones al respecto.

Capítulo 1. Género e infertilidad

En este capítulo, exploraremos cómo se recibe el diagnóstico de infertilidad en parejas heterosexuales desde la perspectiva de los mandatos de género y cómo este diagnóstico influye en la subjetividad de sus integrantes.

La infertilidad es un problema de salud creciente, manifestándose cuando uno o ambos integrantes son estériles o tienen fertilidad reducida (Barra y Vaccaro, 2013). La función reproductiva y la infertilidad están determinadas por la reproducción social y los contextos en los que se desarrollan, debido a los diversos significados latentes a nivel social y cultural (Díaz y García, 2011).

El sexo de un individuo, según Hardy y Jiménez (2021) está determinado por características anatómicas e influye en el trato social que reciben de sus padres, familia y comunidad, orientándolas en hombres y mujeres con atributos socialmente aceptados. En este sentido, el concepto de género nos ayuda a entender cómo funciona esta relación entre individuo y cultura.

El concepto de género destaca un sistema de relaciones que puede abarcar el sexo, pero no está estrictamente condicionado por éste ni determina de manera directa la sexualidad, proporcionando una perspectiva para distinguir entre las prácticas sexuales y mandatos sociales atribuidos a hombres y mujeres. Este concepto se aleja de las explicaciones biológicas que atribuyen la subordinación femenina a factores como la capacidad de las mujeres para dar a luz o la mayor fuerza física de los hombres. En su lugar, el género se entiende como una construcción cultural, es decir, una creación social que define las ideas y expectativas sobre los roles que se consideran adecuados para mujeres y hombres (Scott, 1996). Lagarde (1996), por su parte, define género como “una categoría bio-socio-psico-econopolítico-cultural” (p.3), que se construye en los cuerpos sexuados, y se les asigna atribuciones económicas, políticas, sociales, psicológicas, y culturales presentes en la sociedad.

Para Lamas (2000) género es:

(...) el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino). (pp.2)

Es decir, el entorno y el contexto social influyen en las expresiones de los comportamientos vinculados con la feminidad y masculinidad, actuando como un “filtro cultural” (Lamas, 1996, p.18) a través del cual se interpreta el mundo, comportandose como una armadura que limita y condiciona la experiencia y forma de vivir el cuerpo en el entorno social.

Lamas (1996), expresa que, desde una perspectiva psicológica, el género articula tres instancias: a) la asignación de género que se realiza cuando se nace, fundamentado en su genitales; b) identidad de género, aquí el niño se identifica con sus sentimientos, comportamientos, actitudes de niña o niño; y c) el papel de género, que es el rol de género esta dado por el conjunto de normas y prescripciones que determina la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino. En esta última perspectiva se encuentran los roles sociales de las mujeres y los hombres, donde lo femenino es lo maternal, lo doméstico, mientras que lo masculino es lo público; la dualidad de lo femenino- masculino marcan estereotipos que condicionan los roles al permitir o reprimir los comportamientos de acuerdo a la adecuación al género. Éste se construye a partir de prohibiciones y deberes que definen a los hombres y a las mujeres, entendiendo “..la madre en el sentido simbólico, como sujeto social” (p.8), y al padre en una relación de poder, que aplica “las sanciones del género” (Lagarde, 1996, p.9). El ser humano, como sujeto inmerso en la cultura, está influenciado por éstos mandatos sociales que conforman su subjetividad y marcan su rol, definidos como "lo natural" en el individuo, moldeando su identidad como sujeto deseante que obedece de acuerdo a su sentido de pertenencia, grupo social y cultura (Llavona, 2008; Onatra et al, 1992; Hardy y Gimenez, 2011).

“Las representaciones de la identidad de género se estructuran en el proceso de socialización” (Salguero, 2006, p. 52), se introducen significados de lo social mediante la adquisición del lenguaje. La socialización es un conjunto de procesos mediante los cuales niñas, niños, adolescentes y adultos construyen y aprenden su proceso identitario. Lamas (1996) afirma que el concepto de género contribuye a entender que “...muchas de las cuestiones que pensamos que son atributos "naturales" de los hombres o de las mujeres, en realidad son características construidas socialmente, que no tienen relación con la biología” (p. 219).

Entonces, la maternidad no debe entenderse como un concepto natural basado únicamente en el instinto materno, sino como una construcción cultural moldeada por contextos históricos y luchas por definir la legitimidad del rol materno (Marcús, 2006). Cuando se considera como un fenómeno natural, la ideología patriarcal limita a las mujeres al ámbito reproductivo, ignorando su identidad más allá de ser madres y desestimando sus deseos,

absorbidos por los discursos del sistema (Saletti, 2008). Así, la maternidad biológica se transforma en un fenómeno social que justifica la opresión y el aislamiento de las mujeres en su rol reproductivo, consolidando su sometimiento bajo pretextos biológicos.

La construcción social de la maternidad, según Palomar (2014) conlleva la creación de diversos mandatos relacionados con su práctica, que se reproducen a través de discursos, imágenes y representaciones, dando lugar a un entramado complejo del imaginario maternal, con fundamento en una visión esencialista de lo que implica ser madre. Esta experiencia, además de ser subjetiva, es una práctica social que suele carecer de un análisis reflexivo sobre sus motivaciones y formas, tampoco se cuestiona el origen del deseo de ser madre, se asume como algo evidente, universal y natural. Como resultado, se ha desarrollado una identificación entre feminidad y maternidad, presentando a la mujer, según los discursos dominantes, como un ser unidimensional cuya única función es ser madre (Saletti, 2008).

La noción de maternidad, muestra una representación idealizada y general que inspira homenajes, refranes como “madre sólo hay una”, y concentra su esencia en el instinto y amor materno. Además de un conjunto de virtudes asociadas a estos rasgos, tales como la paciencia, la tolerancia, sanar, cuidar, atender, escuchar, etc (Palomar, 2004), según la adherencia o distanciamiento con respecto a este estereotipo surgen las “buenas madres” y las “malas madres” (p.16). La imagen de madre y esposa se refuerza a través de la vinculación de la maternidad con la feminidad, atributos que se valoran dentro de la personalidad femenina (Palomar, 2004). Estas mujeres adoptan roles que les son asignados socioculturalmente, que refuerzan las expectativas sobre lo que significa ser mujer y sirven como referencias clave en el proceso de construcción de la identidad de género (Marcús, 2006). El mandato cultural de ser madre, recae sobre todas las mujeres, y se estigmatizan aquellas mujeres que no cumplen con esas expectativas ideales, siendo señaladas como desnaturalizadas o evaluadas de diversas formas según el grado de incumplimiento (Marcus, 2006; Palomar, 2004). La maternidad es una práctica influenciada por la presión normativa y la necesidad de mantener la “estabilidad de la costumbre” (Palomar, 2004, p.22).

Por otra parte, el modelo de masculinidad- paternidad predominante está caracterizado por el trabajo remunerado, constituir una familia con hijos, ser la autoridad en el hogar y ser el único o principal proveedor. Sefton (2006) lo describe como el “mundo” público dirigido para las responsabilidades masculinas/paternas” (p.39). Este paradigma hegemónico se constituye desde el ejercicio sexual y la procreación de hijos como consecuencia de esa

sexualidad, donde la paternidad es un elemento indicador de que el varón es adulto. En este aspecto los discursos sobre lo masculino suelen asociarse con ciertas características, como la idea de proveer, inteligencia, fuerza, virilidad, potencia sexual, éxito profesional y protección (Scott, 2006; Sefton, 2006; Salguero, 2006).

La práctica de paternidad tiene actividades directas como jugar, cargar, enseñar y actividades indirectas como proveer y proteger a sus hijos (Sefton, 2006), reflejando cómo las construcciones de género asignan significados y expectativas a los roles masculinos y femeninos en la sociedad (Scott, 2006; Sefton, 2006). “La paternidad como representación social, se reproduce y se transforma en sus contenidos, significados y prácticas” (Duarte, 2022, p. 56). Hay varones que son padres porque lo desearon y otros que se lo impone la sociedad, ya que la prolongación de la especie es la prueba más grande de virilidad para estos, por ende la paternidad es entendida como un proceso discursivo y relacional, en el cual los mandatos sociales generan un deber ser, que incide en la identificación social de los varones (Sefton, 2006). El rol actual, o por lo menos de forma incipiente, de los hombres en la reproducción y en la paternidad es más participativo en el cuidado prenatal, la preparación para el parto y el nacimiento. Esto implica que los varones asuman responsabilidades antes no reconocidas como masculinas (Duarte, 2022; Kimel, 1997; Salguero, 2006).

En lo femenino y en lo masculino la concepción de un hijo, es cuestión de “mandato y de deseo”, tanto la procreación como las dificultades que puedan ocurrir para lograrlo se desarrollan en espacios de subjetividad que representan lo individual, lo vincular y lo social (Cincunegui et al, 2004, p.30). En el ámbito individual se encuentran las identificaciones primarias y secundarias con las figuras parentales (yo ideal- idela del yo). En el ámbito vincular se hallan los acuerdos y pactos inconscientes que fortalecen “los vínculos de alianza”, mediante la integración de un hijo en el proyecto de vida de la pareja. Finalmente en el ámbito social, la descendencia, se asegura la continuidad de los valores e ideales presentes en la comunidad (Cincunegui et al, 2004).

Arroyo y Castañeda (2021) destacan que la paternidad forma parte de la identidad masculina, al igual que la maternidad es un componente clave de la identidad femenina. Este análisis subraya cómo el cuerpo refleja los mandatos culturales de ser hombre-padre y mujer-madre, influenciados por factores socioculturales. De este modo, el cuerpo se adapta a las expectativas sociales, lo que explica por qué algunas personas experimentan la infertilidad como un padecimiento. El anhelo de tener un hijo, para Días y García (2011),

refleja el deseo de asumir funciones parentales, las cuales también están profundamente vinculadas a la subjetividad, relacionada con la procreación y la crianza de ese hijo.

Entendiendo la subjetividad como:

“... el conjunto de formas de pensar sobre el contenido, de sentir el mundo, es la afectividad y son los afectos, tiene además, la dimensión de la identidad. Pensamiento, afectividad e identidad, eso es la subjetividad y tiene impronta de género” (Lagarde, 1996, p.10).

Cincunegui et al (2004) advierten que, en esa “producción deseante de la pareja” (p.52) de ser padres, es fundamental distinguir deseo de necesidad, comprendiendo que el deseo emerge de las huellas mnémicas y los recuerdos, mientras que la necesidad se satisface con objetos específicos. Entonces cuando se enfrenta un diagnóstico de infertilidad, ambos miembros de la pareja se ven afectados, independientemente de quién presente el problema orgánico. De ésta forma, se convierte en un problema de "parejas con incapacidad de procrear" o de "parejas con frustración de un deseo importante en su proyecto de vida" (Llavona, 2008, p.159).

La infertilidad se visualiza como una condición compleja influenciada por variables personales y médicas, incluyendo factores genéticos, hormonales, ambientales, así como el estilo de vida y la salud general, cada individuo vive la infertilidad de manera única, con consecuencias que varían significativamente (Antequera, 2008). La subjetividad se torna vulnerable frente a un diagnóstico de infertilidad, manifestándose también en los procesos de autovaloración. Según Oliva (2010), estos procesos son aquellos a través de los cuales una persona se percibe a sí misma, creando una representación personal cargada de emociones intensas. Se originan en las normas de valoración social y están mediados por los vínculos personales, además de ser influenciados por aspectos corporales, de género, edad y relaciones personales (Oliva y Batista, 2019). La situación de infertilidad lleva a los individuos involucrados a replantearse sus expectativas sobre la paternidad y la maternidad, además de reconsiderar sus nociones de masculinidad y feminidad, comprendiendo que “la infertilidad es un problema que enfrenta la humanidad desde tiempos inmemoriales y que tiene importantes connotaciones sobre todo en el orden psíquico y social de los seres humanos” (Díaz y García, 2011, p. 107). Este padecer genera significados tanto individuales como colectivos, involucrando la interacción del individuo con su entorno social.

Según Antequera (2008), ésto ilustra cómo la infertilidad afecta el impacto emocional que experimentan las parejas al recibir el diagnóstico, y cómo los mandatos sociales marcan diferencias significativas de desigualdad de género. Los hombres tienden a verse más

afectados cuando la infertilidad es por causa masculina, mientras que las reacciones de las mujeres no dependen tanto de la etiología de la enfermedad, sino en el tiempo que la pareja lleva involucrada en el proceso de diagnóstico y tratamiento está relacionado con los niveles de frustración y tensión, así como con la modificación de sus recursos adaptativos (Antequera, 2008). No poder concebir o recibir un diagnóstico de infertilidad representa un obstáculo para ejercer el derecho a la maternidad y la paternidad, siendo este diagnóstico aún más impactante cuando existe el deseo de ser padres (Salazar, 2006).

1.1 Impacto emocional de la infertilidad para los varones

La masculinidad se refiere a la cualidad de ser masculino, abarcando características como la virilidad, la energía, la fuerza y el machismo, expresado como innato en los hombres (Kimel, 1997). También, la paternidad es un componente fundamental de la identidad masculina para muchos hombres, como ha expresado Arroyo y Castañeda (2021), vinculado a ciertos mandatos culturales ya mencionados en el apartado anterior. Las masculinidades, son entendidas como una construcción social que se instituyen a partir de las relaciones de género (Kaufman, 1989; Kimel, 1997; Sefton, 2006), “La masculinidad hegemónica para una determinada cultura es construida en relación con otras posibilidades de ejercicio de la masculinidad y también en relación con las mujeres.” (Sefton, 2006, p. 38). Opera como una institución social que se relaciona con la noción de hombría y con el sexo biológico, pero que está sujeta a cambios y reinterpretaciones en el tiempo y en diferentes culturas (Kaufman, 1989).

A través de la paternidad, el hombre recibe un reconocimiento social que marca la transición de la juventud a una etapa de madurez, donde reorganiza su vida en torno a las responsabilidades parentales que la sociedad le asigna (Díaz y García, 2011). La presión social obliga a los hombres a tener hijos, generando dudas sobre su masculinidad si no lo logran, con la consecuente aparición de sentimientos de inferioridad (Turtos et al., 2021). Según Roa (2008), esta presión proviene de la familia y el entorno social, donde el concepto tradicional de familia, centrado en la presencia de hijos, califica como incompletas a otros tipos de familia, basándose en un estándar comparativo y en la responsabilidad asignadas a las masculinidades (Vasquez, 2013). La familia puede ser entendida como una organización social, donde la relación del padre con sus hijos se basa en la necesidad funcional, que perdura hasta que los hijos son capaces de valerse por sí mismo (Badinter, 1991).

Parejas con diagnóstico de infertilidad por factor masculino, pueden experimentar mayor estrés que aquellas parejas cuya infertilidad se debe a causas femeninas o de origen incierto, ésto genera vulnerabilidad ante las dificultades y preocupaciones sociales al recibir el diagnóstico (Roa, 2008). Los hombres diagnosticados con infertilidad tienden a sentirse estigmatizados, al expresar atribuciones autodenigratorias, experimentar sentimientos de pérdida y baja autoestima (Domínguez, 2010; Hardy y Jiménez, 2021; Turtos et al, 2021).

Este estigma deshonra la imagen social del hombre, alejándose del ideal de masculinidad dominante y exponiéndolos al juicio y la marginación por parte de otros hombres (Hardy y Jiménez, 2001). Enfrentar un obstáculo importante como es la dificultad para concebir un hijo, hace que las estrategias habituales no sean suficientes para afrontar, manejar ni resolver el problema. Como consecuencia, el hombre infértil atraviesa un período de desequilibrio -crisis- emocional, con aumento de la ansiedad, mayor tensión (Turtos et al. 2021), angustia y depresión, culpando, a veces a su pareja por ésta situación (Díaz y García, 2011). La infertilidad masculina también puede generar rabia, culpa y aislamiento, perjudicando la relación de pareja, la sexualidad, la vida laboral y el vínculo con su entorno social (Turtos et al. 2021). Según Jenaro (2008), esta relación entre infertilidad y salud mental resalta la importancia de abordar, mediante un acompañamiento terapéutico, dichas implicaciones psicológicas. El fracaso junto con la incertidumbre que la infertilidad genera no solo provoca una profunda frustración al no satisfacer el deseo y las expectativas de ser padre, sino que también interrumpe el plan de vida que habían trazado, constituyendo un desafío considerable para su proyecto de vida (Llavona, 2008; Oliva y Batista, 2019).

A esto se le suma la dificultad del hombre para asumir el rol de paciente, ya que éste usualmente rechaza la idea de estar enfermo y busca atención médica sólo en situaciones extremas, dado que esta situación implica adoptar un rol pasivo, dependiente y vulnerable, dificultando que el varón reconozca su enfermedad ante su familia y círculo social (Díaz y García, 2011; Hardy y Jiménez, 2001). Por estas razones suelen adoptar distancia ante un diagnóstico de infertilidad para preservar su masculinidad en la sociedad (Díaz y García, 2011), reprimiendo sus emociones y sentimientos (Hardy y Jiménez, 2001). Comportamiento que está instruido de manera implícita y explícita en la escuela, en la familia, en los medios de comunicación y en la sociedad, enseñando cómo el varón debe pensar, sentir y comportarse, lo que lo lleva a no confrontar sus emociones y necesidades, recurriendo al aislamiento como mecanismo de afrontamiento (Hardy y Jiménez, 2001; Salguero, 2006).

1.2 Infertilidad y feminidad: desafíos y expectativas sociales

La identidad femenina se construye a partir de una combinación de factores biológicos y sociales, donde la maternidad no es simplemente una consecuencia de la capacidad reproductiva de las mujeres, sino que es un proceso definido históricamente, una institución y práctica sociocultural. Arroyo y Castañeda (2021) expresan que, las experiencias de la maternidad están profundamente influenciadas por las relaciones sociales y las construcciones culturales que rodean a las mujeres. En la misma línea, Oliva y Batista (2019) afirman que, el binomio mujer-madre no refleja una característica de la mujer vinculada a una función natural o instinto biológico, sino que estas representaciones son creadas por la cultura. Esta interacción entre biología y género mantiene en el imaginario social las características culturales asignados a cada sexo biológico, generando subjetividades distintas para hombres y mujeres. A pesar de que en una pareja se compartan aspectos socioculturales, las funciones de género relacionadas con el cuidado de los hijos y del hogar suelen asignarse predominantemente a la mujer (Díaz y García, 2011).

Badinter (1991) expresa que la madre, en tanto una mujer casada que tiene hijos, “es un personaje relativo y tri-dimensional” (p. 15), es relativo debido a que no se concibe si nos es en relación con el padre y el hijo, es tridimensional porque además de esa relación también es mujer con sus propios deseos y aspiraciones. Para Rich (2019) hay dos significados de maternidad: por un lado, la relación potencial con las capacidades reproductivas y con los hijos; por otro lado asegurar que este potencial estén bajo el dominio masculino. Oliva y Batista (2019) plantean que, los “mandatos divinos” influyen en la subjetivación femenina otorgando una gran carga simbólica a la maternidad, así como a la equivalencia entre ser mujer y ser esposa, madre y cuidadora. Lo cual para varias mujeres “vivir en pareja” y “ser madre” son referentes fundamentales para construirse a sí mismas. Ser madre conlleva una presencia continua que comienza con el embarazo, sigue con el parto y con la crianza de los hijos. Es una construcción social que implica un proceso de aprendizaje, en donde la mujer debe desarrollar habilidades y estrategias para cuidar y educar a sus hijos (Rich, 2019).

Oliva y Batista (2019), afirman que “...la maternidad se ha configurado como un ideal y una meta a alcanzar: tener hijos más que una opción para la mujer, opera como una exigencia.” (p.100). “La maternidad institucionalizada exige de las mujeres un «instinto» maternal en vez de inteligencia, generosidad en lugar de una realización propia de la personalidad, y la relación con los demás en lugar de la creación del yo” (Rich, 2019, pp. 88-89).

Ariza (2014), por su parte, señala que la maternidad es percibida socialmente como un paso natural y de transición hacia la adultez. Sin embargo, cuando las mujeres enfrentan problemas reproductivos, se ven obligadas a transitar hacia la adultez sin experimentar el evento culturalmente significativo de tener hijos. Rich (2019) afirma que las mujeres sin hijos son consideradas “frustradas”, “estériles” y “vacías” (p.152). Esta situación se agrava cuando, la “capacidad de procrear” se considera un elemento central de la feminidad, ya que la imposibilidad de tener hijos puede generar una profunda crisis en la identidad personal. Desde esta perspectiva cultural, se impone una carga significativa sobre las mujeres al asociar su valor y realización personal con roles de género específicos, restringiendo así las múltiples formas de ser y experimentar la feminidad (Llavona, 2008).

Mendes et al. (2022) expresan que factores como la edad, las metas personales y profesionales, y la desigualdad de género en relación con la infertilidad, colocan a las mujeres en una posición de alta vulnerabilidad. Duarte (2022) por su lado, afirma que la caída acelerada de la fecundidad es uno de los fenómenos demográficos más significativos de las últimas décadas, con profundas implicaciones sociales. Al tener el control sobre su fecundidad, las mujeres pueden dedicarse a actividades que trascienden la maternidad, lo que desencadena una serie de transformaciones que influyen en su condición social. Otro factor a tener en cuenta es que a partir de los 40 años la calidad de los ovocitos comienza a disminuir siendo la edad uno de los elementos que influye en la fertilidad de las mujeres (Mendez et al., 2022). Las mujeres enfrentan mayores presiones sociales y familiares que los hombres relacionadas con la maternidad, cuando no se logra, condiciona significativamente su bienestar psicológico y social, generando estigmatización y sentimientos de inferioridad (Méndez et al., 2022). Desde ésta perspectiva, Ariza (2014) afirma que la experiencia de la infertilidad en las mujeres implica una conexión profunda con los signos de su cuerpo y una atención especial a los aspectos reproductivos, tanto individuales como en relación a la pareja. Además, implica asumir la responsabilidad y el derecho a la procreación, enfrentando con resiliencia la estigmatización, la victimización y el silencio, que son dimensiones características de ésta vivencia.

La mujer generalmente es quien carga con el mayor grado de estrés, ansiedad, disminución de la autoestima, alteraciones en sus relaciones sociales, efectos negativos en su sexualidad y sentimientos de pérdida, lo que repercute en sus estrategias de afrontamiento (Domínguez, 2010). La estigmatización social de la infertilidad provoca angustia, ya que muchas mujeres sienten que incumplen las expectativas sociales al no experimentar los cambios físicos y simbólicos del embarazo. Oliva y Batista (2019) expresan que ésta

afectación es debido a lo que las mujeres experimentan desde el diagnóstico y a lo largo del proceso de tratamientos de reproducción asistida (TRA), en caso que decidan realizarlo.

La estigmatización hacia las mujeres infértiles puede provocar un sentimiento de que no se realizan plenamente como mujeres, actuando como una amenaza a su identidad personal, con una autoevaluación negativa que impacta en su autoconcepto e imagen corporal (Roa, 2008). Domínguez (2002) advierte que es fundamental prevenir que éstas emociones negativas se transformen en depresión u otros trastornos de orden psicológicos más graves. También es importante aclarar que si la infertilidad es por factor femenino, expresar éstas emociones negativas se puede convertir en una fuente de culpa para la mujer. Si la causa de infertilidad es por factor masculino, las mujeres tienden a inhibirse de expresar las causas aparentes por temor a exponer a su pareja, lo que les genera un mayor nivel de estrés al no poder expresar las emociones (Domínguez, 2010).

Para Barrá y Vaccaro (2013) las características de personalidad juegan un papel fundamental en el manejo de situaciones difíciles, y según Domínguez (2010):

Las mujeres utilizan una mayor variedad de estrategias de enfrentamiento que los hombres. Cuando el hombre o la mujer utiliza un enfrentamiento activa o pasivamente evitativo, su pareja estará más afectada(o) emocionalmente en aspectos personales, sociales y de relación de pareja (p. 466)

Las mujeres diagnosticadas con infertilidad pueden ver afectado su identidad femenina, lo que las lleva a experimentar emociones negativas, como la tristeza y la irritación. Estas mujeres a menudo enfrentan dificultades para asumir nuevos desafíos, sienten miedo a ser criticadas y tienden a priorizar las opiniones de los demás sobre las propias al tomar decisiones (Oliva y Batista, 2019). El impacto de la infertilidad en el bienestar psicológico, está estrechamente relacionado con el duelo y la depresión. En particular, se ha evidenciado que la tasa de depresión entre mujeres infértiles es el doble en comparación con la población femenina general (Domínguez, 2002). En las mujeres también se puede observar aislamiento social, argumentado en la vergüenza y la culpa (Barra y Vaccaro, 2013).

Capítulo 2. Aspectos psicológicos en parejas heterosexuales frente al diagnóstico de infertilidad

Desde hace años, los problemas de fertilidad se han abordado desde una perspectiva biomédica, actualmente se estudian de manera interdisciplinaria e integral, destacando la importancia de los aspectos psicológicos que interceden en la historia vital de la pareja (Pumar, 2021). La infertilidad es una condición estresante que a menudo surge de manera inesperada, dejando a las parejas sin las herramientas cognitivas y emocionales necesarias para enfrentar el diagnóstico. Esta situación tiene un impacto psicológico significativo, que puede afectar el ámbito personal como la relación de pareja, provocando frustración en la vida personal y familiar e inseguridades sobre el futuro (Domínguez, 2010). “El nivel de ambigüedad como la novedad de una situación hacen aumentar la incertidumbre y la desconfianza ya que las implicaciones que tienen para la vida del individuo no son claras” (Sanjuán, 2000, p. 33).

Enfrentar un diagnóstico de infertilidad implica atravesar un período prolongado y estresante, durante el cual las parejas tienen reacciones diversas, influenciadas por los estilos personales de afrontamiento del estrés, las experiencias de vida y las características de personalidad de cada individuo (Jenaro et al., 2008; Méndez et al., 2022). Pueden cuestionar su identidad personal y cambiar su autoconcepto, provocando una desvalorización de su persona (Llavona, 2008). Estas emociones afectan desde un primer momento, disminuyendo su calidad de vida, situación que puede agravarse ante la incertidumbre de lograr o no ser padres. Para Sanjuán (2000), los procesos cognitivos de valoración y de afrontamiento del estrés, son los que actúan directamente sobre el impacto emocional y de adaptación de los problemas de infertilidad. En cuanto a la valoración del estrés, va a permitir que la persona estime si es relevante o no, la situación a la que se enfrenta. Una situación es considerada estresante cuando exige importantes manifestaciones de recursos para afrontarla. En relación al proceso de afrontamiento del estrés, hacen referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales para enfrentar las demandas interna o externas en relación a los recursos disponibles, estos se accionan cuando la persona se siente amenazada.

Las parejas con infertilidad a menudo experimentan un estado de espera ansiosa, se sienten vulnerables al estrés crónico cuando se perciben como personas infértiles, lo cual puede tener efectos negativos en su salud mental y física, afectar la relación de pareja y el desempeño laboral (Veiga, 2013; Parada, 2005). Este proceso se define como crisis

existencial crónica (Llavona, 2008), o crisis vital (Palacios y Jadresic, 2000; Tomás, 2015), es causada por la frustración continua de un fuerte deseo de paternidad biológica no satisfecho. También experimentan sentimientos de inadecuación y desesperación ante la nueva situación, celos hacia las mujeres embarazadas, miedo, pérdida de libido, inestabilidad emocional, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, depresión e incluso ideación suicida en algunos casos (Roa, 2008, Palacios y Jadresic, 2000). La relación de estas parejas con amigos y familiares puede verse afectada por algunas afirmaciones acerca de su paternidad que incrementa la vergüenza, la tristeza y la soledad, intensificando aún más su sensación de no ser comprendido (Iacobelli et al, 2018).

Las parejas heterosexuales que serán más vulnerables ante un diagnóstico de infertilidad son aquellas que tienen las siguientes características: recursos psicológicos pobres, recursos económicos limitados, no tienen redes sociales de apoyo, niegan la infertilidad y su estilo de enfrentar problemas es evitativo (Palacios y Jadresic, 2000). Además las reacciones y el estado emocional de éstas no son estáticos, evolucionan y se modifican a medida que avanzan los estudios y el tratamiento médico, por ende el estado emocional que acompaña la realización de las pruebas diagnósticas no es el mismo que se experimenta al recibir el diagnóstico (Antequera et al., 2008).

2.1 Etapas emocionales en el camino de la infertilidad

La experiencia de las parejas que enfrentan un diagnóstico de infertilidad pueden dividirse en diferentes etapas emocionales, las cuales no siguen una secuencia estricta en cuanto a tiempo o aparición (Flores et al, 2008; Parada, 2006; Veiga, 2013). Estas etapas son las siguientes:

Estado de shock: para muchas parejas, aceptar el diagnóstico de infertilidad es un desafío considerable, y algunas reaccionan inicialmente con incredulidad. Este período, aunque breve, suele estar acompañado de sentimientos de autocompasión, sorpresa y un cierto entumecimiento emocional (Flores et al, 2008; Parada, 2006). Hasta que no se confirma el diagnóstico de infertilidad las parejas tienden a rechazar sus dificultades para concebir (Veiga, 2013).

Negación: la pareja puede creer que el diagnóstico es incorrecto y buscar segundas opiniones médicas. Sin embargo, esta fase puede ser útil para adaptarse a la situación y comenzar a desarrollar estrategias de afrontamiento (Parada, 2006). Por otro lado, Palacios

y Jadresic (2000) plantean que las personas que experimentan reacciones evitativas puedan desarrollar depresión .

Culpa y culpabilización: en esta etapa, las parejas intentan comprender las razones detrás de la infertilidad, reflexionando sobre comportamientos pasados que podrían haber contribuido al problema (Parada, 2006). Para Flores et al. (2008) “este sentimiento es muy común en las personas con problemas de fertilidad” (p.207). A menudo, el miembro de la pareja que enfrenta la infertilidad siente que está privando a su pareja de la posibilidad de tener hijos, lo que añade una carga emocional adicional. En algunos casos, se culpan mutuamente por la incapacidad de concebir, lo que genera resentimiento y rabia hacia el otro por no cumplir con las expectativas dentro del matrimonio (Flores et al, 2008; Parada, 2006). Esta etapa puede acompañarse de autorreproche o reproches que se expresan de manera abierta o encubierta (Dominguez, 2010).

Desesperanza: esta emoción está vinculada a la depresión y se relaciona con los altibajos emocionales que provoca el ciclo de tratamiento (Parada, 2006).

Pérdida de control: descubrir la infertilidad puede desestabilizar la sensación de control sobre la propia vida, relegando otros aspectos personales y de pareja para enfocarse exclusivamente en el tema. Esta situación está asociada con la incertidumbre sobre el futuro, el tiempo y los proyectos de vida (Flores et al, 2008; Parada, 2006). Palacios y Jadresic (2000) por su parte, afirman que esa pérdida de control es debido a que no pueden hacer lo que desean, como ser padres.

Soledad: es común que la pareja se aisle como una forma de protegerse de sentimientos como la rabia o la envidia hacia familias fértiles, evitando así actitudes hostiles . Estos sentimientos de marginación reducen el círculo social, situando a la pareja en un aislamiento donde su vida gira en torno a la infertilidad (Parada, 2006). Esta fase también es llamada aislamiento (Flores et al, 2008).

Agresión: con el tiempo pueden surgir hostilidad hacia la pareja, familiares, el médico e incluso la sociedad en general. Aparecen sentimientos de celos hacia las parejas que han logrado tener hijos. La frustración, la envidia y la impotencia pueden fluctuar a lo largo del diagnóstico y tratamiento (Parada, 2006).

Aceptación: al pasar por períodos de intensa esperanza y optimismo, alternados con angustia, culpa y frustración, las parejas que no logran concebir comienzan a aceptar su

incapacidad para tener hijos. En esta etapa, la pareja deja de lado la posibilidad de concebir de forma natural y acepta la infertilidad como una realidad personal. Se reestructura la vida emocional, permitiéndoles redescubrirse en otras dimensiones. La autoestima y el sentido de valorarse a sí mismo se restauran al encontrar nuevas metas, como optar por un tratamiento de reproducción asistida, vivir sin hijos o considerar la adopción. Este proceso también implica poner fin a un largo camino de angustia y tensión constantes, reestructurar la vida matrimonial y buscar la tranquilidad emocional (Parada, 2006). Para que se pueda visibilizar el afrontamiento deben de contribuir en su desenlace los recursos personales de cada integrante de la pareja. Como por ejemplo, la personalidad resiliente, así como el apoyo que se percibe del otro integrante de la pareja, de amigos y familiares (Flores et al, 2008).

Según Regueiro y Valero (2011) estas fases emocionales son las etapas que van a dividir el proceso del duelo. Por otro lado, Palacios y Jadresic (2000) agrupan las etapas emocionales antes mencionadas en cuatro etapas principales, que son vividas de distinta forma por cada persona :

Paralización: aquí la pareja está distante de los demás, experimentado la idea recurrente de que lo que sucede no es real, o que el diagnóstico es un error, esto puede provocar síntomas como la falta de apetito o problemas de concentración.

Anhelos: en esta etapa el elemento central es la necesidad de cumplir el deseo de ser padres. Está asociada al aislamiento, lo que genera una estigmatización en conjunto con la ira, tristeza y culpa.

Desorganización y desesperación: es la etapa más extensa de este proceso, caracterizada por un sentimiento de culpa. En algunos casos las personas pueden llegar a pensar que es causada por una vida sexual promiscua en su juventud, interpretando la situación actual como una especie de castigo. En esta etapa se observa una falta de control, altos niveles de ansiedad y sentimientos de soledad. A consecuencia de este aislamiento experimentan sentimientos de tristeza y desesperanza, pensando que no hay ayuda posible, dando paso a la depresión. El sufrimiento está relacionado con la historia personal y los recursos disponibles, por lo que es importante fortalecer otros aspectos de la vida, como el trabajo y las actividades recreativas.

Reorganización: tiene relación con la aceptación y la reorganización de la vida personal, lleva un período de 2 a 5 años, o en algunos casos no ocurre, ya que hay personas que

sienten que no se las puede ayudar y que su sufrimiento no se puede aliviar. Para Jenaro et al. (2018) en el proceso de afrontamiento y adaptación ante un diagnóstico de infertilidad es fundamental el apoyo mutuo de la pareja y el apoyo social percibido que le brinda una adecuada red de contención social.

2.2 Duelo ante la pérdida incierta

El duelo, según Freud (1917), es la reacción que presenta el individuo ante la pérdida de un ser querido o de una abstracción equivalente (el ideal, la libertad, entre otros). En algunos casos el duelo hace referencia a la pérdida del objeto amado materializado con la muerte de éste, en otros casos la pérdida es más idealizada, el objeto amado no ha muerto pero si se ha perdido. Con respecto a esto, Paciuk (1999) afirma que el duelo puede ser originado por una pérdida de algo como por ejemplo, desengaños, pérdida de valores, desilusiones, separaciones o la caída de un ideal.

El duelo asociado a la infertilidad suele ser complicado y prolongado debido a la pérdida incierta de un hijo imaginado, que puede ser deseado pero que nunca llegó a conocerse en la realidad; de la experiencia del embarazo, de vivir la paternidad y la maternidad (Iacobelli et al, 2018); de un proyecto de vida que se puede interpretar como un fracaso personal (Martínez Molla y Martínez Ruiz, 2023).

Martínez Molla y Martínez Ruiz (2023) plantean que:

Descubrir la infertilidad es un duro proceso que se inicia con la búsqueda natural del embarazo, continúa con la sospecha de la infertilidad y finaliza con la búsqueda y recepción del diagnóstico que se acompaña de la vivencia de un duelo. (p.7).

Se habla de un duelo, ya que las reacciones experimentadas son similares a las de cualquier otra pérdida. Estas reacciones incluyen conmoción, aflicción, depresión, ira y frustración, así como una disminución en la sensación de control sobre el propio destino (Iacobelli et al, 2018), contribuyendo al desajuste emocional de la pareja (Veiga, 2013). Por su lado Paciuk (1999), reafirma que el duelo se caracteriza por sentimientos de culpa, tristeza y pena, también manifiesta desinterés por el entorno y aislamiento, anhelo de muerte, pesimismo, inclinación hacia la inactividad y rechazo a los estímulos externos. Para Freud (1917) el duelo se trata de un estado que provoca alteraciones en el comportamiento habitual que luego de transcurrido un período de tiempo desaparece, por lo que no es

aconsejable perturbar dicho proceso. Se caracteriza por un estado de ánimo doloroso, no hay interés por el mundo exterior, la incapacidad de elegir un nuevo objeto de amor y el alejamiento de lo que no esté relacionado con esa pérdida.

Según Palacio y Jadresic (2000), el duelo por infertilidad se vive en distintas etapas: comienza cuando el embarazo deseado no se logra, continúa con el desarrollo de los ciclos de tratamiento sin el resultado esperado, y finaliza cuando el eventual embarazo termina en un aborto. En las primeras dos etapas, la pérdida “es invisible” (Tomás, 2015, p 12) y el proceso de elaboración del duelo se complejiza, ya que se refiere a la pérdida de un hijo que no se ha concebido. Se accede a la fase final de proceso del duelo cuando se asume y se acepta la infertilidad (Martínez Molla y Martínez Ruiz, 2014). Por otra parte, Iacobelli et al. (2018) expresan que el término cierre se utiliza con frecuencia, perpetuando la idea errónea de que el duelo tiene un final definido y que es emocionalmente más saludable cerrar la puerta al dolor en lugar de convivir con él. Sin embargo, esto resulta complicado cuando las pérdidas son ambiguas y parece casi imposible poner fin a ese sufrimiento, siendo un proceso fluctuante, que aparece y desaparece en diferentes momentos de la vida.

En cuanto al dolor que se experimenta durante el proceso del duelo Klein (1938) enuncia que:

parece deberse en parte, no sólo a la necesidad de renovar los vínculos con el mundo externo y así continuamente reexperimentar la pérdida, sino al mismo tiempo y por medio de ello, reconstruir ansiosamente el mundo interno que se siente en peligro de deterioro y desastre (p.11).

En la infertilidad, el duelo no recibe validación social, ya que los rituales y las muestras de apoyo suelen reservarse para la pérdida de una persona. Sin embargo, aunque la sociedad no lo reconozca, el duelo se manifiesta de igual manera (Martínez Molla y Martínez Ruiz, 2023; Iacobelli et al, 2018).

El proceso de duelo ayuda a superar la ambivalencia relacionada con el objeto perdido, que ha sido imaginado e idealizado, permitiendo así desprenderse emocionalmente y relacionarse de manera saludable con la realidad. Es crucial fomentar un diálogo sobre la vida después de la infertilidad y explorar los sistemas de creencias de las familias de origen, que pueden incluir mensajes sobre familias sin hijos, así como la viabilidad de matrimonios sin descendencia (Iacobelli et al, 2018). Para afrontarlo se ha observado que es importante el vínculo con otras personas que estén pasando por ésta situación, compartiendo la experiencia, conocimientos, y sentimientos, que le permita transmitir apoyo, comprensión y

tranquilidad (Martinez Molla y Martinez Ruiz, 2024). “El duelo es un proceso que requiere, por parte del sujeto, una actitud activa de cambio psicológico, emocional y social, con el objetivo de adaptarse a una pérdida, la cual supone un cambio en la realidad del individuo” (Tomás, 2015, p. 12). Dicho proceso comienza cuando las personas se sienten desbordadas y no pueden resolver el problema ni afrontar ésta nueva situación.

Capítulo 3. Alternativas tras el diagnóstico de infertilidad

El diagnóstico de infertilidad se realiza mediante una evaluación que identifique los problemas de concepción en la pareja, con el objetivo de sugerir las posibles conductas a seguir de acuerdo a los resultados obtenidos (Salazar, 2006). Esto hace que quienes se enfrentan a la infertilidad puedan sentirse confundidos y desconcertados, dado que deben readaptarse a las nuevas condiciones reproductivas. Este proceso implica replantear su plan de vida y tomar decisiones importantes al respecto: continuar intentado por sus propios medios, renunciar a tener hijos, buscar ayuda profesional para la reproducción asistida o considerar la adopción (Llavona, 2008). Esta decisión es sumamente compleja, la misma está influenciada por varios factores, donde los conceptos sociales y culturales sobre la sexualidad y la reproducción interactúan con otras variables como las características de personalidad dando lugar a diferentes patrones de comportamiento (LLavona et al, 2008; Salazar,2006).

González (2011) por su parte, plantea que la infertilidad no solo se puede tratar mediante la reproducción asistida, siendo la adopción otra opción válida. Sin embargo, pareciera que se prioriza la búsqueda de tratamientos de reproducción asistida antes de considerar la adopción o una vida sin hijos. Esta situación merece una reevaluación crítica dado que es importante reconocer y validar todas las opciones en el camino de ser padre y madre, o el de no tener hijos. La conducta a seguir no está sólo determinada por lo que la persona quiere hacer, sino también por lo que cree que debe hacer, de acuerdo a lo aprendido de la normas sociales. También, dependerá de distintos factores como: el pronóstico médico recibido, las expectativas que tienen con respecto a la concepción y de los mandatos socioculturales con respecto a la maternidad y la paternidad (Cárdenas et al, 2016). Las parejas con un diagnóstico de infertilidad se ven impulsados a cuestionar y reflexionar sobre lo que constituye una familia, las razones para tener hijos y sobre una vida sin hijos o con un hijo adoptado (González, 2011).

3.1 Tratamiento de reproducción humana asistida

Una de las alternativas para tratar la infertilidad es continuar la búsqueda del hijo biológico mediante los tratamientos de reproducción asistida, esto implica una significativa carga emocional, dado que su principal objetivo es lograr el embarazo deseado (Llavona, 2008).

Para Ariza (2014) las tecnologías reproductivas son técnicas de medicina y biología que ofrecen soluciones biomédicas para la falta involuntaria de hijos. En Uruguay los tratamientos reproducción asistida están regulados por la ley N° 19167 (2013) de Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida, que en su art. 1°, expresa:

La presente ley tiene por objeto regular las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente así como los requisitos que deben cumplir las instituciones públicas y privadas que las realicen. A tales efectos se entiende por técnicas de reproducción humana asistida el conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.

Flores et al. (2008) plantean que, independientemente del tipo de técnica de reproducción asistida que se realice, los tratamientos de infertilidad se dividen en varias etapas: la primera etapa consiste en el tratamiento farmacológico, que implica la hiperestimulación ovárica y recolección de muestra espermática (en los casos que no se opta por la donación de gametos). La segunda etapa, involucra la aplicación del tratamiento específico de reproducción asistida (inseminación artificial o fecundación in vitro en sus múltiples variantes). La tercera y cuarta etapa se centran en obtener y evaluar los resultados.

González (2011) por su parte, afirma que la reproducción asistida trasciende el ámbito médico y se entrelaza con múltiples dimensiones de la vida de las personas, afectando su hogar, su entorno social y familiar. En el hogar se administran los medicamentos y se enfrentan a la tristeza y a la ansiedad; en la dinámica de pareja hay una reorganización de su agenda para asistir a las consultas médicas, un ajuste de su presupuesto para cubrir gastos del tratamiento y una planificación de la sexualidad; en el ámbito social y familiar se dan las preguntas, comparaciones y consejos relacionados con la ausencia de hijos (González, 2011).

Se sugiere que todo el proceso del tratamiento de infertilidad sea abordado de manera integral por el equipo multidisciplinario, ya que hay un gran impacto en las emociones y comportamientos de quienes lo experimentan, afectando varios aspectos de su vida y también porque deben enfrentar un alto nivel de estrés (Iacobelli et al, 2018). Estos tratamientos en conjunto con la esperanza de poder recuperarse del impacto psicológico causado por la infertilidad, están influenciados entre otros factores, por la flexibilidad de la pareja para adaptarse a éste nuevo contexto (Parada, 2006). Ávila y Moreno Rosset (2008) por su lado, afirman que aún cuando los tratamientos de reproducción asistida sean

exitosos, las parejas que lo han experimentado pueden considerarlo como traumático, marcando un antes y un después en sus vidas, dado que les genera una sensación de pérdida de control acentuadas por sentimientos personales como la culpa y el fracaso (Flores et al, 2008).

A medida que las parejas avanzan en el tratamiento de infertilidad, la toma de decisiones se convierte en un elemento principal de su vida cotidiana, conforme se observan los resultados de los tratamientos la confusión aumenta y las decisiones pueden cambiar radicalmente. Por ejemplo, la pareja puede empezar a considerar opciones antes no contempladas, como la donación de gametos o la adopción (Flores et al, 2008).

3.2 Adopción

La adopción se entiende como el acto legal que facilita la integración de un hijo/a no biológicos a la familia adoptiva permitiendo la creación de lazos de parentesco. Este vínculo se establece en base a una mediación entre las familias y el estado, y está regulado por marcos jurídicos (Vásquez, 2013). La ley N°18.590 (2009), en Uruguay, sustituye diversas disposiciones contenidas en el Código de la Niñez y la Adolescencia relativas a la adopción, regulando los procesos y estableciendo los procedimientos y requisitos para adoptar a un niño/a o adolescente en nuestro país.

La adopción surge como alternativa viable, ante la imposibilidad para concebir de hombres y mujeres infértiles (Vásquez, 2013). Es el recurso más antiguo para resolver el hecho de tener hijos y por ende vivir la maternidad y la paternidad cuando se sufre la infertilidad (Cárdena et al, 2016). En ésta, los roles de la maternidad y paternidad se ven más difusos dado que ninguno de los dos integrantes de la pareja participó biológica o genéticamente en la concepción, a diferencia de lo que ocurre en el embarazo de hijos biológicos (Ávila, 2005). Por otro lado, Díaz y García (2011), plantean que “la adopción de un niño es la alternativa al problema de la infertilidad que cuenta con menos popularidad por parte de los varones. La selección de la adopción funciona más bien como una variante a la resignación” (p.113). Para Ávila (2005), la decisión de adoptar proviene de una situación psicológica compleja que deriva de la imposibilidad de tener hijos biológicos, y del cumplimiento de presiones sociales que intervienen en el rol de la mujer y del varón en la sociedad.

Según Iacobelli et al. (2018), la adopción tiene como objetivo proporcionar una familia a un menor que carece de ella y que ha estado viviendo en un hogar de menores o con una

familia de acogida. Las razones para esto pueden ser diversas, pero se destacan dos causas principales: la entrega del menor a una institución para su posterior adopción al nacer, o la existencia de un entorno familiar biológico con condiciones severamente adversas para su desarrollo físico y moral, sin la presencia de un adulto responsable que pueda ofrecer las condiciones mínimas necesarias para su crianza.

Algunas familias adoptivas pueden presentar dificultades al relacionarse con su hijo adoptivo, debido a expectativas no cumplidas en comparación con un hijo biológico idealizado y como consecuencia de un duelo no resuelto en relación a la concepción del hijo biológico. Por esta razón, los candidatos a la adopción deben ser evaluados previamente por profesionales para garantizar el bienestar del niño/a o adolescente, lo que tiene como objetivo determinar su idoneidad como padres adoptivos, ya que deben poseer la capacidad de desarrollar las competencias específicas y particulares que requiere la paternidad (Iacobelli et al, 2018; Ariza, 2005).

Es esencial que los padres se mantengan atentos para identificar emociones relacionadas con procesos dolorosos y que sean capaces de desempeñar las funciones inherentes a la contención, construyendo un vínculo profundo y significativo con su hijo adoptivo. Para que ésto ocurra es necesario que los padres adoptivos hayan trabajado sus propias emociones dolorosas relacionados con sus pérdidas (Iacobelli et al, 2018). En éste proceso de la paternidad adoptiva, los varones dejan de lado su rol tradicional de protectores, para empezar a explorar y expresar sus emociones, tales como tristeza, angustia, miedo e inseguridades. Propicia varones que valoran ser padres cercanos y afectuosos con sus hijos, generando una identidad masculina diferente a la tradicional (Vásquez, 2013). Aunque, para Díaz y García (2011) los varones no sólo experimentan la paternidad a través del cuidado y la crianza de sus hijos, sino que es muy importante para ellos mantener un vínculo genético con su descendencia. Cuando un hijo nos es concebido bajo esta circunstancias, el significado de la paternidad para el hombre puede verse afectado en cómo la sociedad percibe su masculinidad. Por esta razón, algunos varones pueden rechazar otras alternativas de paternidad como ciertas técnicas de reproducción asistida o la adopción.

3.3 Una vida sin hijos

La decisión con respecto a no tener hijos se puede fundamentar en torno al posible rechazo de las técnicas de reproducción asistida, dado que éstas implican una manipulación de

embriones, selección de material genético, así como la comercialización de las mismas. También en algunos casos pueden verse implicados argumentos relacionados con aspectos religiosos. Ambos argumentos se fundamentan en que las técnicas de reproducción asistida se consideran como algo antinatural, implicando aspectos relacionados a la asociación entre concepción, naturaleza y amor (Herrera et al. 2015). Por otro lado, Palacios y Jadresic (2000) plantean que cuando las expectativas de fertilidad en una sociedad son altas, sólo un minoritario grupo de personas elige no tener hijos. Por lo general se asocian los tratamientos de reproducción asistida a aspectos egoístas y materialistas. Por lo que, para decidir continuar su vida sin hijos se apoyan en el tratamiento psicológico, siendo aceptada esta alternativa en aquellas parejas que no quieren tener hijos no biológicos y donde no existen posibilidades de embarazo (Guerra, 2000).

Binstock y Cabella (2021) afirman que uno de los principales factores causantes de la nuliparidad es el retraso de concepción de un hijo hasta edades en las cuales la fertilidad se ve comprometida. Esto se fundamenta en las decisiones de no tener hijos aunque se desee hacerlo por cuestiones relacionadas con la vida conyugal, como son la trayectoria educativa y la profesional entre otras, “este factor ha ido decreciendo en importancia con el avance de la medicina y el desarrollo y expansión de los tratamientos de reproducción asistida (TRA)” (p. 35). Por su lado Cárdenas et al. (2016), plantean que existen personas que deciden no tener hijos más allá de su fertilidad, por ejemplo por razones asociadas a lo profesional o a lo educativo.

Las parejas sin hijos eran vistas como fracasados. Este paradigma fue cambiando y en la actualidad se aceptan las razones que llevan a justificar ésta decisión, pero igual se continúa considerando la infertilidad como una causa de infelicidad matrimonial (Cárdenas et al, 2016). Por su parte, Ávila y Moreno (2008) afirman que en los casos en que la pareja decide finalizar los tratamientos, sin optar por otras alternativas como la adopción, es fundamental apoyarlos en la construcción de una nueva identidad como pareja sin hijos. Para lo cual puede resultar beneficioso que la pareja recuerde las cualidades que los atrajo y las razones actuales que le permitan seguir funcionando como pareja. Es importante que comprendan que su vida no termina aquí y que existen varias razones para disfrutar de una vida plena y feliz sin hijos, dado que no existe evidencia que respalde que las parejas sin hijos sean menos felices o menos estables que aquellas que tienen hijos.

Capítulo 4. Rol e intervenciones del psicólogo ante el diagnóstico de infertilidad en parejas heterosexuales

Las diversas repercusiones psicológicas de la infertilidad subrayan la importancia de la intervención psicológica en el apoyo a parejas con éste diagnóstico, especialmente en aquellas que enfrentan mayores dificultades (Llavona, 2008).

La asistencia psicológica debe ofrecerse desde el momento en que la pareja es diagnosticada, durante el proceso de tratamiento, y postratamiento, para valorar cómo se ha adaptado a su nueva condición. Las intervenciones psicológicas se pueden realizar de forma individual, en pareja o en grupo (Tomás, 2015, p. 17).

El tratamiento psicológico debe iniciarse tan pronto como se detecte el problema, dado que la etapa de diagnóstico, como ya mencionamos anteriormente, puede causar una crisis vital (Flores et al, 2008). Según Guerra (2000), las intervenciones del psicólogo se hacen necesarias cuando: la emociones de la pareja obstaculizan la búsqueda de tratamiento, la cooperación o interfieren en el mismo; cuando perturban la vida habitual de la pareja ; y cuando desencadenan síntomas psiquiátricos en alguno de sus integrantes.

Estas intervenciones pueden enfocarse en objetivos específicos, tales como ayudar a las parejas a reevaluar los valores asociados con la paternidad biológica y mejorar el autoconcepto. También, se busca manejar y prevenir la ansiedad, los comportamientos depresivos y la culpabilización, normalizar la sexualidad y reducir el aislamiento social (Llavona, 2008; Sanjuán, 2000). Además, se interviene para fortalecer la relación de la pareja, mejorando la comunicación directa, la toma de decisiones conjunta y el apoyo emocional. La práctica clínica indica que, el verbalizar los sentimientos asociados a la infertilidad reduce la angustia (Palacios y Jadresic, 2000). Otro objetivo clave es preparar a las parejas para enfrentar las intervenciones médicas y sus posibles consecuencias durante el proceso y en caso de fracaso, buscando aliviar el sufrimiento emocional, fortalecer la resiliencia y el bienestar general de las parejas afectadas por la infertilidad (Llavona, 2008).

Se recomienda que la pareja sea abordada en terapia como una unidad, independientemente de quien presente el problema de infertilidad (Flores et al, 2008). Según Ávila y Moreno Rosset (2008), la intervención psicológica tiene como objetivo empoderar a los sujetos para que puedan afrontar saludablemente la experiencia de la

infertilidad, aceptando lo que al principio puede parecer inaceptable. Se busca que cada persona encuentre un sentido personal en esta experiencia y que lo pueda alinear con sus valores. Además, la intervención ofrece profundizar en el autoconocimiento y en la dinámica de pareja, permitiendo a sus integrantes explorar sus recursos, resiliencia y límites. De esta forma, se busca facilitar herramientas para enfrentar las adversidades y transformar una situación posiblemente traumática en un crecimiento personal y de pareja.

Se ha demostrado que aquellos enfoques centrados en potenciar las habilidades de afrontamiento, son altamente efectivas (Palacios y Jadresic, 2000). La psicoeducación es uno de estos enfoques, que busca promover estrategias de afrontamiento así como apoyar los recursos emocionales que permitan una mejor contención mutua frente al diagnóstico. El objetivo de la psicoeducación es ampliar el conocimiento sobre el diagnóstico y sus implicancias, además de reforzar la comprensión de los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento (Dominguez, 2010). También, se sugiere para el proceso terapéutico las intervenciones con enfoque cognitivo-conductual, fundamentado en que los problemas emocionales y situacionales son producto de una distorsión en la cognición y/o en la percepción de la situación. Las cuales, ofrecen una oportunidad para abordar y manejar de manera adecuada las experiencias, situaciones complejas y dilemas que enfrentan quienes atraviesan ésta situación (Ávila y Moreno Rosset, 2008). Los conflictos se pueden resolver al desarrollar habilidades como el manejo de la ansiedad, la relajación, etc. Este enfoque incluye el monitoreo de pensamientos automáticos y la mediación cognitiva de los factores sociales externos (expectativa sociales, sensación de exclusión y pérdida del status) y la aceptación de su imagen, además de enseñarle a la persona a identificar errores cuando procesa la información (Palacios y Jadresic, 2000; Ávila y Moreno Rosset, 2008).

El rol del psicólogo es fundamental en la evaluación y tratamiento de parejas que enfrentan la infertilidad, situándose dentro del ámbito de la psicología de la salud, colaborando estrechamente con otros profesionales de la salud (Mendez et al, 2022). Según Tomás (2015), la función del psicólogo en el trabajo terapéutico con parejas infértiles consiste en:

Evaluación: evaluar los conocimientos que los pacientes tienen respecto a la infertilidad y su tratamiento, además de analizar la capacidad intelectual de estos, sus antecedentes psicológicos, la dinámica de la pareja entre otros elementos relevantes para sostener un proceso de afrontamiento de esta situación (Tomás, 2015), siendo esencial para identificar los principales problemas asociados a la infertilidad y para implementar intervenciones adecuadas. Esta evaluación a menudo incluye el uso de instrumentos diseñados para medir

la ansiedad, la depresión y las estrategias de afrontamiento, además de evaluar el estrés relacionado con la infertilidad y las preocupaciones (Barrá y Vaccaro, 2013).

Orientación de los pacientes y equipo: el psicólogo puede actuar como mediador entre el equipo médico y los pacientes, proporcionando información clara a estos últimos e informando al equipo médico el nivel de conocimiento que la pareja tiene sobre los problemas de fertilidad (Tomás, 2015). El psicólogo que investiga la infertilidad tiene dos áreas principales de acción: por un lado, estudiar las consecuencias que el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad generan en la vida emocional de las personas, por otro lado explorar si existen factores psíquicos específicos que puedan estar asociados con la infertilidad (Roa, 2008; Guerra, 2000). El psicólogo que trabaja en reproducción asistida le brinda información al paciente de forma adecuada, realista y en lo posible, en el momento más oportuno. Favoreciendo estrategias que puedan aclarar dudas (Izzedin, 2011).

Estrategias de afrontamiento y apoyo: el psicólogo enseña a la pareja infértil estrategias de afrontamiento, lo que ayuda a adaptarse mejor a la situación y enfrentar el problema de forma más efectiva. Según Roa (2008), "la labor del psicólogo no solo es brindar apoyo emocional al paciente, sino también explicar el porqué del síntoma, lo que permitirá generar estrategias terapéuticas eficientes" (p. 131). Por su parte, Veiga (2013) expresa que es importante desarrollar y aplicar estrategias para afrontar el estrés, ya que la resolución del problema es completamente incierta, ni la pareja ni el equipo médico tienen control sobre el resultado final. El psicólogo debe asistir a la pareja guiándolos a expresar abiertamente sus emociones, con el fin de restablecer el equilibrio adecuado en la relación, principalmente cuando las parejas enfrentan problemas de comunicación por la falta de expresión emocional provocando que el otro integrante de la pareja se sienta desatendido y piense que no comparte sus emociones, lo que genera resentimientos, estos pensamientos suelen intensificar la angustia y la tensión entre ambos (Flores et al, 2008).

El psicólogo ha de tratar igualmente de fomentar el diálogo y la comunicación activa entre ambos cónyuges mediante la escucha activa, la utilización de los turnos de palabra o acudiendo a otras técnicas como el modelado y el role-playing cuando sus interacciones no sean adecuadas (Ávila y Moreno Rosset, 2008, p. 208).

Durante la fase de diagnóstico de infertilidad, el terapeuta debe ayudar a la pareja a normalizar y legitimar sus emociones, para lo que es fundamental escuchar sus quejas iniciales, contenerlas y normalizar sus reacciones emocionales, mostrando empatía mediante la escucha activa y la aceptación sin críticas de sus experiencias (Roa, 2008). El

psicólogo debe asistir a la pareja en la identificación e integración de su problema dentro de su vida y proyecto conjunto. Este es un momento clave para que el terapeuta explore la comunicación e interacción entre ambos miembros (Flores et al, 2008; Ávila y Moreno Rosset, 2008). Por su parte Palacios y Jadresic (2000) afirman que, durante el abordaje terapéutico es importante identificar cuándo es el momento de parar la búsqueda de embarazo biológico, decisión que es difícil . Es aquí donde puede surgir la posibilidad de adopción o construir una familia sin hijos.

La psicología de la reproducción se enmarca dentro de la psicología de la salud, ésta rama de la psicología se enfoca en brindar atención psicológica a las personas que se encuentran en procesos de fertilización asistida y/o con un diagnóstico de infertilidad (Izzedin, 2011). Para Tomás (2015), la “formación requerida para las funciones de psicólogo serían: terapia familiar y de pareja, conocimientos en sexología, intervención en crisis, y/o conocimientos sobre el área de la infertilidad” (p. 16). Las estrategias de acción combinadas son las más efectivas para tratar los problemas relacionados con la infertilidad, principalmente la integración de intervenciones individuales, de pareja y grupales, contribuyendo a disminuir los niveles de ansiedad (Ávila y Moreno Rosset, 2008).

Conclusiones

En una sociedad, donde los mandatos sociales relacionados a la maternidad y la paternidad marcan expectativas acerca de la fertilidad, asociando la feminidad con el ámbito privado y el cuidado de los hijos, y a la masculinidad con el ámbito público como protector y proveedor del hogar, la infertilidad expone las tensiones entre los mandatos sociales y la realidad de la capacidad reproductiva.

Tanto mujeres como varones se ven interpelados por ésta realidad, de diferentes formas, debido a las expectativas sociales impuestas por el género. Las mujeres suelen enfrentar mayores niveles de sufrimiento emocional, cuestionando su identidad. En los varones, la infertilidad puede afectar la percepción de su masculinidad, que también provoca cambios en su identidad masculina, y su autoconcepto, con el consecuente sentimiento de frustración.

En este contexto, el rol del psicólogo es fundamental, su intervención permite acompañar el proceso del duelo, brindar herramientas de afrontamiento y favorecer la toma de decisiones ante las diferentes alternativas: tratamientos de reproducción asistida, adopción o la decisión de no tener hijos. Desde un enfoque empático el trabajo terapéutico posibilita que las parejas puedan resignificar la infertilidad pudiendo transitar con mayor comprensión, mitigando la culpa y las exigencias sociales. Abordar la infertilidad desde una perspectiva integral permite aliviar el sufrimiento y cuestionar los estereotipos existentes, planteando construir la posibilidad de nuevas formas de maternidad y paternidad.

La infertilidad no es solo un tratamiento médico, es una experiencia que impacta en los proyectos personales, en los vínculos de pareja y en la manera en que las personas se piensan a sí mismas. Muchas veces las parejas transitan en silencio, con escasa contención emocional y con una mirada centrada únicamente en lo biológico. Desde la psicología, es fundamental acompañar esta vivencia de forma integral. Sin embargo, a pesar de los avances médicos en el tratamiento de infertilidad, en Uruguay persiste la falta de acompañamiento psicológico institucional para las parejas que reciben este diagnóstico. Si bien, algunos centros de salud pública o privada cuentan con equipos interdisciplinarios, el acceso a la atención psicológica no está sistematizado ni garantizado de forma equitativa. En este sentido, es fundamental que las instituciones de salud reconozcan el impacto psicosocial del diagnóstico de infertilidad e incorporen dispositivos de contención emocional que aborden más allá de la atención psicológica durante el tratamiento de fertilidad. Para

ello, es necesario problematizar la forma en que se comunica el diagnóstico de infertilidad a las parejas heterosexuales, ya que algunas veces sucede sin preparación emocional ni acompañamiento profesional, con un lenguaje técnico que omite el impacto psicosocial de la información. Es fundamental la inclusión de profesionales en psicología desde el momento que se informa el diagnóstico de infertilidad, así como mejorar la estrategias comunicacionales, con el objetivo de proporcionar herramientas que favorezcan una elaboración del diagnóstico más contenida y humanizada.

Para desarrollar estrategias que fortalezcan el abordaje integral del diagnóstico de infertilidad es fundamental informar a las personas en general sobre la existencia de la ley vigente, así como los derechos y prestaciones que ésta garantiza. Además es importante impulsar campañas de sensibilización que brinden información sobre: la infertilidad, sus implicancias psicoemocionales que contribuyan a reducir y eliminar la estigmatización social.

Referencias Bibliográficas

- Alfonso-Figueroa, L., Figueroa-Pérez, L., García-Breto, L. (2023). Infertilidad, una mirada desde la Psicología y la Sexología. *Revista Ciencias Médicas*, 27(2023).
<http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6091>
- Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C., Avila, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 167- 175.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77829203.pdf>
- Ariza, L.(2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sociedad, salud y sexualidad. Revista Latinoamericana*. 18,41- 73.
<https://www.scielo.br/j/sess/a/RpvqRJZczFvm6m7Xyy5GXkg/?lang=es&format=pdf>
- Arroyo, L., Castañeda, L.(2021). Padeciendo los cuerpos: significados de la paternidades, maternidades y la familia en mujeres y hombres infértiles. *Revista de Estudios de Género, La ventana*, 53(6),39-73.
<https://research-ebsco-com.proxy.timbo.org.uy/c/wrhwqo/search/details/qj4nwd6qjf?limiters=FT%3AY&q=infertilidad+femenina+lado+psicologico>.
- Aparicio, M., Moreno Rosset, C., Martín, M. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 41-48.
https://selcap.cl/wp-content/uploads/2019/11/APCS_5_esp_41-48.pdf
- Ávila, A. (2005). La función parental en la adopción. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 19 (1), 191-204.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6930849>
- Ávila, A., Moreno Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 186-196.
https://psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/AAvila/Avila_Moreno_Intervencion_Psicologica_Infertilidad_Pdp_29-2.pdf
- Badinter, E. (1991). ¿Existe el instinto maternal?. *Historia del amor maternal. Siglo XVII al XX*. Paidós.
- Barra Almagiá, E., Vaccaro Huespe, M. (2013). Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. *Liberabit*, 19(1), 113-119.
<https://research-ebsco-com.proxy.timbo.org.uy/c/wrhwqo/viewer/pdf/yxhwmvj25b>
- Binstock, G., Cabella, W. (2021). Las mujeres que terminan su vida reproductiva sin hijos: evolución reciente en América Latina y el Caribe (1980-2010). *Población &*

- Sociedad*, 28(1), 32-52.
<https://research-ebsco-com.proxy.timbo.org.uy/c/wrhwqo/viewer/pdf/w7wqkrp7oj>
- Cincunegui, S., Kleiner, Y., Woscoboinik, P. R. (2004). La infertilidad en la pareja: cuerpo, deseo y enigma. *Lugar Editorial*
- Díaz, Z., García, D. (2011). La perspectiva de género y la relación médico- paciente para el problema de la infertilidad. *Revista cubana de la Salud Pública*, 37(1), 106-119.
<https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2011.v37n1/106-109/es>
- Domínguez, R. (2002). Psicología e infertilidad. *Revista Médica las Clínicas Condes*, 13(1), 35-39. https://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_13_4/Psicolo
- Dominguez, R. (2010). ¿Qué sabemos hoy sobre las relaciones entre estrés e infertilidad?. *Revista Médica Las Clínica Condes*, 21(3), 463-468.
<https://www-sciencedirect-com.proxy.timbo.org.uy/science/article/pii/S0716864010>
- Duarte, E. (2022). Resignificación de la paternidad: experiencias de crianza y cuidados de padres íntimos Aguascalentences. Universidad autónoma de aguascalientes.
<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/2319/457380.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Flores, N., Jenaro, C., Moreno- Rosset, C. (2008). Terapia de pareja e infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 205-212.
<https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/123288/1587.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras Completas, Volumen XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- González, S. (2011). La reproducción asistida en México. Nexos en línea, 1-8.
https://informe.gire.org.mx/rec/reproduccion_nexos.pdf
- Guerra, D. (2000). Infertilidad y Esterilidad: apoyo e intervención psicológicos. *Informació psicològica*, (73), 20-29.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2145823&pid=S1989-380920110003
- Hardy, E., Jiménez, A. (2001). Masculinidad y género. *Políticas y estrategias en Salud Pública*, 27(2), 77-88. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v27n2/spu01201.pdf>
- Herrera, F., Teitelboim, B., Zegers-Hochschild, F. (2015). Tipologías y argumentos en torno a las técnicas de reproducción asistida en habitantes de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, 143(12), 1527-1532.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015001200004
- Iacobelli, V., Martínez, A., Correa, C., Castro, M., Yunis, Y., Vlastelica, J. (2018). Adopción y duelo por infertilidad. *Un modelo de trabajo. De Familias y Terapias*, (45), 79-92.

- https://terapiafamiliar.cl/desarrollo/wp-content/uploads/2021/03/Eq-adopcion_y_duelo_por_infertilidad_Un_modelo_de_trabajo.pdf
- Izzedin, R. (2011). Psicología de la reproducción: de la infertilidad a la reproducción asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*, 14(2), 31-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3815234>
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: El "dera" una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 176-185. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829204.pdf>
- Kaufman M. (1989). Hombres, poder, placer y cambio. Santo Domingo: Cipaf Colección teoría
- Kimmel, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. *Masculinidades, Poder y Crisis*. <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/gyd/wp-content/uploads/sites/199/2021/08/KIMMEL-homofobia-temor-verguenza-y-silencio-en-la-identidad-masculina.pdf>
- Klein, M.(1938). El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos. *Amor, culpa y reparación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lagarde, M. (1996). La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. *Metodología para los estudios de género*, 48-71. <https://comunicacionygeneros.facso.unsj.edu.ar/wp-content/uploads/2020/10/LAGARDE-Marcela-La-multidimensionalidad-de-la-categoria-genero-y-del-feminismo.pdf>
- Lamas, M. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 9-20). PUEG.
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *Revista de Educación y Cultura de la sección*, 47(8),216-229. https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/mujeres/menu_superior/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/2_genero/20.pdf
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), p.1-24. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>
- Llavona, L.(2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2),158-166.Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829202.pdf>
- Lepage, J., Espelboin, S. (2019). Primera consulta de la pareja infértil y estudio de fertilidad. *EMC- Tratado de Medicina*, 23(1). https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/93047747/S1636-5410_2818_2941696-02022
- Ley N° 19.167 de 2013. Por la cual se regula las técnicas de reproducción humana asistida. 22 de Noviembre de 2013. D.O 28.854. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>

- Ley N°18.590 de 2009. Sustituye diversas disposiciones contenidas en el Código de la Niñez y la Adolescencia relativas a la adopción, regula la adopción y establece los procedimientos y requisitos para adoptar un niño o adolescente en Uruguay.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/18590-2009/1>
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista argentina de sociología*, 4(7), 99-118.
<https://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v4n7/v4n7a05.pdf>
- Martínez Mollá, T., Martínez Ruiz, M. (2024). Infertilidad y duelo perinatal. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 9(1), 4-26.
<https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/43997/41798>
- Méndez, S., Bazán, G., Osorio, M., Torres, L. (2022). Impacto psico-social en mujeres mexicanas que viven con infertilidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(2), 705-726.
- Oliva, K., Batista, K. (2019). Infertilidad femenina y modos de subjetivación: cuando el yo percibe fallido. *Integración Académica en Psicología*, 21(7), 96-109. ISSN: 2007-5588 (DOI)
<https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2019/09/Revista-Integra>
- Onatra, W., Acevedo, E., Duque, A., García, L., Ramírez, E. (1992). Comportamiento que adoptan las parejas ante la infertilidad. *Revista Colombiana de obstetricia y ginecología*, 43(2), 142-146.
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/883>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) de la OMS, publicada por la Organización Mundial de la Salud.
<https://extranet.who.int/rhl/es>
- Paciuk, Saúl (1999). "Duelo y Depresión". *Duelos depresivos y duelos reparatorios*. En *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 88.
<https://apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719988806.pdf>
- Palacios, E., Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(2), 94-103.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200004&script=sci_arttext
- Palomar, C. (2004). "Malas madres": la construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*, 30. Vista de "Malas madres": la construcción social de la maternidad
- Parada, L. (2006). Infertilidad y pareja: contrucciones narrativas como horizonte para la intervención. *Diversistas: perspectivas en psicología*, 2(1), 149-158.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982006000100011&script=sci_artext
- Pumar, I. (2021). Efectividad de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en las consecuencias psicológicas derivadas de un diagnóstico de infertilidad: Una revisión

- sistemática. (Tesis de maestría. Universidad Miguel Hernández de Elche). <https://hdl.handle.net/11000/26156>
- Regueiro, A., y Valero, L. (2011). Intervención psicológica en un caso de infertilidad femenina. *Escritos de Psicología*, 3(4), 27-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6484372>
- Roa, Y. (2008). Los psicólogos y la infertilidad. *Psicología y Salud*, 18 (1), 129-135.
- Rojas, P., Medina, D., Torres, L. (2011). Infertilidad. *MediSur*, 9 (4), 66-77. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000400012&lng=es&nrm=iso>.
- Salazar, G. (2006). La infertilidad como enfermedad y como experiencia de vida. *Nueva Epoca/ Salud problema*, 11(20), 27-34. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/473/473>
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en la relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, 7, 169-183. https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14275/CL_07_%282008%29_11.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Salguero, A. (2006). Significado y vivencia de la paternidad en algunos varones de los sectores socioeconómicos en la ciudad de México". Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos (pp. 57–94).
- Scott, J. (1940). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). PUEG.
- Sefton, A. (2006). Paternidades en las culturas contemporáneas. *Género y paternidad*, 37-69. <https://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v3n23/1405-9436-laven-3-23-37.pdf>
- Tomás, P. (2015). Revisión bibliográfica sobre la infertilidad, consecuencias que genera en la persona y en su relación de pareja y rol del psicólogo como terapeuta. *Universitas Miguel Hernández*. https://dspace.umh.es/bitstream/11000/2618/1/Tom%c3%a1s%20Buitrago_Pilar%20%20M%c2%aa.%20pdf.pdf
- Turtos, L., Díaz, T., Leal, L. (2021). La infertilidad masculina y su impacto social en Cuba. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 11 (4), 39-51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9373226>
- Vásquez, M. (2013). Masculinidad en crisis en hombres infértiles: un estudio descriptivo desde las masculinidades y las perspectivas de género. (Tesis de maestría. Universidad del Bío-Bío. Chile).

http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/404/1/V%c3%a1squez_Jara_Mauricio.pdf

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

https://www.samer.org.ar/revista/numeros/2013/vol_3/revision.pdf