

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**SEMINARIO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

*“Interpretaciones, antecedentes y consecuencias que integran la experiencia del
diagnóstico de infertilidad en hombres, mujeres y parejas”*

Sustentantes:

María Paula Brenes Arias A71106

Carolina Villa Víquez A96741

Equipo Asesor:

Dra. Ana María Jurado S.

M.Sc. Adriana Maroto V.

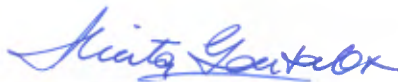
M.Psc. Marta Vindas G.

Directora

Lectora

Lectora

Hoja de aprobación



Ph.D. Mirta González Suárez.
Presidenta del Tribunal



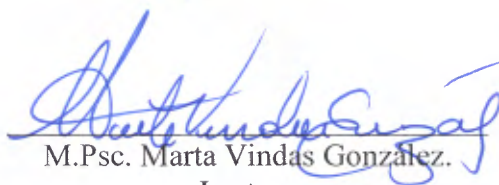
M.Sc. Sileny Mena Gómez.
Profesora Invitada



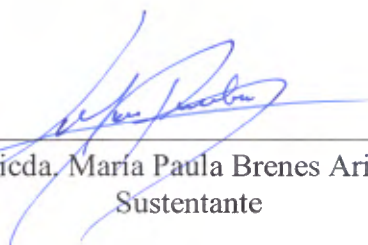
Ph.D. Ana María Jurado Solórzano.
Directora



M.Sc. Adriana Maroto Vargas.
Lectora



M.Psc. Marta Vindas González.
Lectora



Licda. María Paula Brenes Arias.
Sustentante



Licda. Carolina Villa Viquez.
Sustentante

Brenes-Arias, M.P., y Villa-Viquez, C. (2017). Interpretaciones, antecedentes y consecuencias que integran la experiencia del diagnóstico de infertilidad en hombres, mujeres y parejas. Seminario para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Palabras clave: psicología de la salud, psicología reproductiva, influencias sociales e infertilidad, religión e infertilidad, duelo en infertilidad, redes de apoyo en infertilidad, estrategias de afrontamiento en infertilidad, secuelas psicológicas en infertilidad, desajuste emocional e infertilidad, secuelas sociales e infertilidad, derechos humanos e infertilidad, derechos sexuales y reproductivos e infertilidad

Resumen

El presente trabajo final de graduación analiza las interpretaciones que hombres, mujeres y parejas, hacen del diagnóstico de infertilidad en relación a antecedentes biopsicosociales y las consecuencias que de dichas interpretaciones se generan. Se conformó de dos etapas, una de instrucción teórico-metodológica integrada por actividades formativas académicas y no académicas y otra de trabajo de campo en la que se realizaron entrevistas semiestructuradas a profundidad con las doce personas participantes.

La investigación se fundamentó en los principios del paradigma cualitativo de investigación, con el fin de que la información reportada a partir de los resultados obtenidos, al ser descriptiva, se hiciera más comprensible para la persona lectora tanto experta como no experta y pudiera también estar al alcance de la población diagnosticada, que urge de fuentes de información científica y experiencial para instruirse sobre su condición.

La revisión de antecedentes nacionales dejó en evidencia que en Costa Rica, son escasos los estudios en torno al tema de la infertilidad, la cual es una condición que debe ser comprendida desde un enfoque bio-psico-social y en esta investigación fue entendida como un problema

de salud pública. Esta investigación fue novedosa al trabajar con una población diversa: hombres, mujeres y parejas, con el fin de encontrar similitudes y diferencias ante la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, reconociendo la influencia que tiene la socialización de género al permear la manera en cada individuo vaya a interpretar sus vivencias. Asimismo, fue novedosa en tanto hizo un abordaje del tema a partir de la integración de distintos enfoques, entre ellos el de la Psicología de la Salud con los aportes específicos de la Psicología Reproductiva y el de Derechos Humanos con énfasis en los Derechos Sexuales y Reproductivos.

A partir de la información obtenida, las investigadoras crearon un modelo de categorización teórica conformado por 3 superfamilias, 13 familias y 48 categorías. Cada superfamilia, familia y categoría surgida fue nombrada, descrita y delimitada por las investigadoras, generando esto aportes a la comprensión depurada del tema en cuestión, ya fuera ampliando las características de la teoría preexistente o generando nueva teoría.

Los resultados indican que los estímulos ambientales externos como eventos o experiencias previas, características personales, familiares, condiciones educativas, de salud, socioeconómicas y culturales, modelaron los patrones cognitivo-conductuales de los sujetos participantes y permearon de manera muy específica la forma en la que interpretaron la experiencia de su propio diagnóstico y tratamiento o el de su pareja. Según la naturaleza de las interpretaciones a partir de esos antecedentes específicos para cada uno de las y los participantes, se evidenciaron consecuencias en los planos psicológico, físico y social y a partir de ellas, los hombres, las mujeres y las parejas pusieron en marcha estrategias individuales o colectivas para cambiar su estilo de vida buscando el máximo beneficio.

Dedicatoria

A las siete mujeres y cinco hombres que formaron parte de esta experiencia.

Por haber tenido la valentía de recordar su historia.

Por la voluntad de decidir formar parte de este estudio para que su voz, en representación también de muchas otras, permitiera la comprensión amplia del trayecto de su condición.

Por la confianza de abrirnos la puerta de sus casas y recibirnos siempre con mucha disposición, paciencia, cariño y atenciones. Por habernos demostrado que sentir tocar fondo es el impulso más grande para lograr altos niveles de realización personal.

Por demostrarse a sí mismos y a sí mismas, que con convicción y perseverancia pueden alcanzarse las metas.

Porque independientemente de cuál haya sido el resultado, su mayor logro fue reencontrarse consigo mismos, individualmente y/o en pareja.

Porque su testimonio fue siempre la motivación que nos impulsó a terminar esta investigación a pesar de la gran cantidad de obstáculos que se nos presentaron en el camino.

Haberles conocido será por siempre nuestra recompensa, y visibilizar sus vivencias seguirá siendo nuestro compromiso.

Tal y como se los hicimos saber, gracias infinitas porque esta experiencia más allá de un requisito académico, se convirtió en un gran aprendizaje personal.

A ustedes, que han luchado y seguirán luchando por esta y otras razones:

“No te rindas”

*No te rindas, aún estás a tiempo
De alcanzar y comenzar de nuevo,
Aceptar tus sombras,
Enterrar tus miedos,
Liberar el lastre,
Retomar el vuelo.*

*No te rindas que la vida es eso,
Continuar el viaje,
Perseguir tus sueños,
Destruir el tiempo,
Correr los escombros,
Y destapar el cielo.*

*No te rindas, por favor no cedas,
Aunque el frío queme,
Aunque el miedo muerda,
Aunque el sol se esconda,
Y se calle el viento,
Aún hay fuego en tu alma
Aún hay vida en tus sueños.*

*Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo
Porque lo has querido y porque te quiero
Porque existe el vino y el amor, es cierto.
Porque no hay heridas que no cure el tiempo.*

*Abrir las puertas,
Quitar los cerrojos,
Abandonar las murallas que te protegieron,
Vivir la vida y aceptar el reto,
Recuperar la risa,
Ensayar un canto,
Bajar la guardia y extender las manos
Desplegar las alas
E intentar de nuevo,
Celebrar la vida y retomar los cielos.*

*No te rindas, por favor no cedas,
Aunque el frío queme,
Aunque el miedo muerda,
Aunque el sol se ponga y se calle el viento,
Aún hay fuego en tu alma,
Aún hay vida en tus sueños*

*Porque cada día es un comienzo nuevo,
Porque esta es la hora y el mejor momento.
Porque no estás solo, porque yo te quiero.*

-Mario Benedetti.

Con cariño, Carolina y María Paula

Agradecimientos grupales

Al equipo asesor, por creer en nosotras y ser testigos del esfuerzo, dedicación y compromiso que tuvimos con esta investigación.

A los espacios físicos que ayudaron a difundir la convocatoria a la investigación como: Ebais, Hospitales, Municipalidades, Centro Médico Fecundar, Centro Médico Nacer e Instituto de la Masculinidad WEM. A los espacios virtuales de organizaciones como: Colectiva por el derecho a decidir, Colectivo uVe, Palabras de Mujer, Grupo A favor del In Vitro. Y a las páginas virtuales de: Escuela de Psicología-UCR; Asociación de estudiantes de Psicología-UCR, Psicología, grupo cerrado-UCR.

Al grupo de profesionales que fue parte de la etapa de instrucción teórico-metodológica, quienes ampliaron nuestro conocimiento y nos prepararon para las siguientes etapas: M.Sc. Adriana Maroto, Phd. Ana María Jurado, Mphil. Jimmy Washburn, Phd. Jorge Sanabria, Lic. Esteban Navarro, Lic. Dennis Redondo, M.Sc. Andrea Peralta, Dr. Ariel Pérez, Licda. Fiorella Barrantes, Dr. Gerardo Escalante, M.Psc. Elena Durán, M.Psc. Cinthya Campos.

Al grupo de profesionales que fue parte de la etapa de revisión y validación de la entrevista semiestructurada: M.Sc. Adriana Maroto, Phd. Ana María Jurado, M.Psc. Marta Vindas, Phd. Henriette Raventós, Dr. Javier Contreras, Lic. David Campos, Phd. Jorge Sanabria, Phd. Mónica Salazar.

A los profesionales especialistas en Medicina y Psicología Reproductiva, quienes nos abrieron las puertas de sus clínicas o espacios de atención en hospitales y nos brindaron su tiempo para profundizar en la comprensión del abordaje particular del tema: Dr. Ariel Pérez y Licda Fiorella Barrantes del Centro Fecundar, Dr. Gerardo Escalante del Centro Costarricense de Fertilidad, M.Psc. Elena Durán del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, M.Psc. Cinthya Campos del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva.

A la Universidad de Costa Rica por habernos permitido ser parte del grupo privilegiado de estudiantes que ingresa a tan destacada y venerable institución. Y a la Escuela de Psicología por haber sido durante aproximadamente una década, nuestra cuna de formación; su exigencia académica y la alta calidad de profesionales que la integran, hicieron que dos de sus estudiantes culminaran su ciclo con los más altos estándares de compromiso y excelencia.

¡Muchas Gracias!, Carolina y María Paula

Agradecimientos personales

En primer lugar quiero agradecer a la vida, que después de varias dudas y desaciertos me llevó finalmente hasta donde debía llegar: a la puerta de una prestigiosa universidad para cursar una carrera tan bonita y retadora como lo es la Psicología, la cual además de formarme como profesional, hizo de mí una persona más sensible, crítica y comprometida con todo lo que me rodea. Las oportunidades y experiencias que tanto la universidad como la carrera me dieron, algunas ajenas al plan de estudios, también marcaron un antes y un después en mi experiencia formativa y me dieron la oportunidad de tener una entrada directa a diversidad de proyectos profesionales. ¡Gracias a la UCR por tanto!

En segundo lugar, agradezco infinitamente a mi familia que me apoyó siempre a lo largo de mi carrera universitaria, a mis padres que me dieron la posibilidad de estudiar y a mis hermanas que con su admiración me han motivado a ser cada vez una mejor versión de mi misma procurando a la vez ser para ellas un ejemplo a seguir. Gracias también a mi familia extensa por ser un gran apoyo y refugio para mí en los momentos difíciles y alegres que tuve que enfrentar a lo largo del seminario, gracias por los consejos que recibí siempre de ustedes y por los chineos que me daban para trabajar con más motivación algunos días. El que hayan sufrido y festejado esta etapa conmigo tanto como yo la sufrí y la festejé, me hace sentir realmente privilegiada de tenerlos en mi vida, si llegué al final fue también por ustedes, porque me motivaron a confiar más en mí misma y me hicieron sentir la confianza de que pasara lo que pasara iban a estar ahí para mí.

En tercer lugar, agradezco a quien fue compañera y amiga durante los cinco años de carrera y con quien emprendí esta satisfactoria meta. Gracias Pau porque desde la primera vez que nos vimos hubo una gran conexión entre nosotras y desde ese entonces hasta la fecha has sido compañía, guía y soporte; más aún en esta etapa de nuestras vidas que nos dejó muchas experiencias y enseñanzas tanto individuales como colectivas. Para este cierre de nuestro ciclo académico fue necesario creer más en nosotras mismas y esa fue el arma que utilizamos cuando nos vimos tambalear muchas veces y caer nos algunas, pero nos levantamos siempre. Solamente vos y yo sabemos desde el fondo de nuestros corazones el gran compromiso que tuvimos con esta investigación desde que solo era una idea, fuimos fuertes y perseverantes, admiraré por siempre nuestra entrega abnegada y la valentía de no detenernos nunca. Gracias por haber emprendido juntas este proyecto, por el convencimiento de que se puede hacer mucho más y por el compromiso de seguir visibilizándolo. Durante estos 9 años nos vimos crecer bajo la certeza de que siempre vale la pena correr la milla extra para obtener lo que una se propone o más, por eso me resuena tanto esta frase, que me hace pensar en nosotras y todo lo que vivimos a lo largo del seminario: *“Si quieres ir rápido ve solo, si quieres ir lejos ve acompañado”* –proverbio africano. Nos tomó bastante tiempo pero llegamos lejos, con la frente en alto y muy orgullosas de nosotras mismas ¡Felicidades colega y gracias por tanto!

En cuarto lugar, agradezco a mis amigas y amigos del alma quienes también fueron una gran motivación para mí durante esta etapa, las cortas o largas conversaciones y los encuentros esporádicos me ayudaron a desviar la atención de manera sana hacia otras cosas para distraerme a ratos y fueron respiros que me ayudaron a seguir con más impulso en las siguientes etapas del seminario, gracias porque siempre me tuvieron presente y desearon para mí una satisfactoria culminación de esta importante etapa. A mis queridas y hermosas colegas Glori, Ari y Naty, que tuvieron siempre las palabras justas para calmar mis inquietudes y alentar más mis ilusiones durante este proceso en muchas mañanas, tardes, noches y madrugadas. A Sofi y a Pame que también son mis colegas de corazón, porque a pesar de la distancia siempre las sentí cerquita, pendientes y alegres de cada avance. A ustedes cinco, gracias por ser incondicionales y porque sus muestras de amor hacia mi persona siempre me han hecho sentir única y valiosa, es lindísimo estar rodeada de mujeres tan fuertes y admirables, de amigas de verdad, ¡definitivamente de los mejores regalos que me dejó la U!. Gracias también a quien fue oídos, brazos y boca para nosotras en este proceso, gracias Adriana por escucharnos, contenernos y motivarnos en cada etapa, sin su ayuda no lo habríamos logrado o no al menos de la manera en la que lo hicimos, gracias por creer en nosotras, por aprender de nuestro trabajo y por demostrarnos que un profesional integral es capaz de combinar la exigencia y rigurosidad de sus funciones con empatía, motivación y respeto, tanto para sí mismo como para quienes asesora.

Y en quinto lugar pero no menos importante, agradezco a las circunstancias positivas y adversas que se me presentaron de manera paralela a la realización del TFG: personas que se fueron física y/o emocionalmente a quienes creí incondicionales pero su partida no fue necesariamente una pérdida; nuevas personas que llegaron en los momentos y de las maneras menos esperadas y que sin saberlo fueron o siguen siendo luz en mi vida; personas que murieron; compromisos que tuvieron que interrumpirse, objetos preciados cuyo valor más allá de lo material fue robado en cuestión de segundos y una salud vulnerable que ante la sobreexigencia necesitó buscar espacios de respeto y compasión. Todas estas experiencias me impulsaron a crecer, a entender que las cosas pasan por algo, que todo tiene su tiempo y su recompensa, que el compromiso, la paciencia y perseverancia son las llaves para el éxito, que soy humana y que puedo tomar malas decisiones pero que en las buenas puedo lograr grandes cosas; gracias a la vida porque lo que me quitó me lo devolvió con el doble de fuerza, porque esta fue una experiencia que además del requisito académico me ayudó a encontrarme gentilmente conmigo misma y porque el cierre fue mejor de lo esperado, pero bien merecido y bien ganado. Gracias a mí misma por creer que sí era posible y ver los frutos de muchos años de esfuerzo y dedicación: *“La meta principal es la autorrealización íntima del Ser, no debe descuidarse por las metas secundarias, y el mejor servicio que puede hacerse a los demás es la liberación de uno mismo”* — Buda Gautama

Carolina

Agradecimientos personales

A mis padres, pilares sobre los que me he forjado, porque juntos me dieron las herramientas para poder iniciar y continuar este hermoso camino, por regalarme una educación de calidad y la pasión por ella. A mi madre por enseñarme a amar apasionadamente la psicología, porque tu propia trayectoria abrió camino, por tus invaluable consejos, tu apoyo, tu vasta experiencia, amor y por darme el mayor regalo: tiempo. A mi padre, por dejarme enseñanzas que perduran, preciosas memorias grabadas para siempre, por tu legado, por ser visionario en fortalecer mi curiosidad y por siempre estar orgulloso de mis logros. A ambos el orgullo de ser su hija, y tenerlos como padres. A mis hermanos, Catalina y Guillermo, por ayudarme a ser la mujer que soy, por darme su amor, apoyo y cariñosa compañía. A mis sobrinos, Eduardo y Sebastián por ser alegría y motivación, A mi familia extensa, tíos, tías, primos y primas por sus palabras de motivación, constante interés y porque sus propios logros y conquistas que me impulsaron siempre a ser mejor.

A Gerardo, mi amor, mi mejor amigo y equipo: mi mayor y más profundo agradecimiento por hacer este proyecto tuyo desde el primer día y porque has sido incondicional e incansable. Nunca me alcanzarán las palabras para agradecer tu ayuda, acompañamiento y consejo sabio y respetuoso en cada decisión, problema por resolver, aventura, duda, caída y en cada larga madrugada. Gracias porque siempre celebraste cada pequeña conquista con el mayor orgullo, porque me prestaste tus energías y tu fe cuando las mías se agotaron, porque fuiste mis manos y mis pies y tuviste los brazos más amorosos para descansar y para llorar de la angustia y de la emoción. Gracias por siempre amor, por ser mi testigo y cómplice y sobre todo por enseñarme el verdadero significado de ser equipo y familia, Te amo.

A Caro, gracias por decidir quedarte y creer que esto era posible. Porque cada vez que dimos un paso para atrás dimos dos para adelante, por la seriedad, responsabilidad y compromiso con que asumiste cada etapa, por impulsarme cuando se hacía difícil, por tantos años de amistad y momentos compartidos que me enseñaron tanto de la vida y sobre todo gracias por tu escucha y apoyo en mis momentos oscuros. Gracias porque todo tu esfuerzo y tiempo dedicado a sacar adelante este sueño a pesar de las dificultades y complicaciones, nos permiten hoy descansar en la certeza y alegría que dan las grandes conquistas. A la familia Villa-Víquez, por todas las veces que tan cálidamente me recibieron en su hogar y me hicieron sentir en casa, por sus palabras de motivación, mensajes de apoyo y las facilidades que nos dieron, por creer en nosotras: ¡Gracias!

A las personas que participaron de esta investigación, mi profundo agradecimiento porque sus relatos de vida marcaron mi vida, porque gracias a conocerlos(as), confirmé mi vocación y mi sentido de ser profesional, porque gracias a escucharlos y escucharlas nunca volveré a ser la misma.

Extiendo mi agradecimiento a los muchos amigos y amigas, compañeros, compañeras de universidad y colegas que me acompañaron durante esta larga jornada y que gracias a ellos y ellas el camino fue más memorable y más fácil de transitar. A Mariam por su paciente escucha y constante motivación, por saber ser una verdadera amiga y hermana siempre, a Ricardo por dejarme renegar contra el mundo cada vez que era insoportable y por ser testigo orgulloso de este largo proceso universitario.

Asimismo, muchos fueron también los y las profesoras que aportaron con su experiencia y conocimientos a mi crecimiento profesional, por sus inolvidables enseñanzas y respuestas gracias. A quienes fueron jefes y maestros: Jorge Prado, Jetty Raventós, Javier Contreras, Nassdia Carmiol y Johanna Sibaja mi eterno agradecimiento por recibirme como su asistente y creer en mí, porque paralelamente a mi educación formal, me aportaron grandes enseñanzas que me formaron profesional y personalmente y sobre todo gracias por ser siempre ser tan generosos(as) con su tiempo y su conocimiento. En forma especial deseo agradecer a la profesora Adriana Maroto, quien se aventuró prácticamente sin conocernos a ser parte fundamental de este trabajo, porque su exigencia y rigurosidad aportó seriedad y solidez desde el inicio a una simple idea de investigación, por la enorme paciencia y dedicación con que leyó y corrigió muchas veces los distintos avances, por sacar de su valioso tiempo y darnos el inmenso honor de leer nuestro trabajo y principalmente por recibir, escuchar y aconsejar con cariño nuestras angustias. ¡Gracias por ser una verdadera docente!

Finalmente, al concluir un proceso tan largo y extenuante muchas son las razones para estar agradecida, y muchas las personas que a pesar de no nombrarlas aquí, merecen un agradecimiento por haber ayudado a que este proceso universitario y este trabajo de investigación culmine en el presente documento. A pesar de ello y por impersonal que pueda parecer, mi último agradecimiento es a la Universidad de Costa Rica que me dio la invaluable oportunidad de comenzar y concluir una carrera universitaria, ofreciéndome un lugar en su único y mágico mundo del cual siempre me sentí y sentiré profundamente orgullosa.

Sin más, a todas y todos mi más sincero y profundo agradecimiento porque sin su cariño y ayuda este sueño no sería hoy una realidad.

"Juzga tu éxito según lo que has sacrificado para conseguirlo"

-Dalai Lama

María Paula

Indice

CAPITULO I.....	1
Introducción	1
Justificación	10
Contextualización Nacional.....	23
CAPITULO II	49
Antecedentes Investigativos	49
Antecedentes Internacionales	49
Antecedentes Nacionales.....	53
Problema de Investigación	58
Pregunta	58
Objetivos de Investigación	58
CAPITULO III.....	59
Marco Metodológico	59
CAPITULO IV	102
Resultados y Discusión de Resultados	102
Superfamilia 1: Antecedentes	102
Familia 1: Caracterización de la población	103
Categoría A: Descripción personal	116
Categoría B: Significado atribuido a la pareja	119
Categoría C: Descripción del diagnóstico.....	123
Categoría D: Cantidad y tipos de tratamientos realizados.....	127
Categoría E: Factores facilitadores	134
Familia 2: Influencias Sociales	140
Categoría A: Influencia de la opinión de otras personas externas a la pareja.....	143
Categoría B: Influencia de la religión	152
Categoría C: Mitos y creencias asociadas al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.....	161
Familia 3: Expectativas maternidad – paternidad.....	170
Categoría A: Significado atribuido a ser padre y madre	172
Categoría B: Motivaciones asociadas a la búsqueda de la paternidad y maternidad	178
Categoría C: Motivaciones para realizarse el tratamiento.....	190
Superfamilia 2: Interpretaciones.....	194

Familia 1: Percepciones de la condición de infertilidad	194
Categoría A: Percepción del diagnóstico	199
Categoría B: Percepción del tratamiento	208
Categoría C: Percepción del embarazo	223
Categoría D: Percepción de la maternidad y paternidad durante o posterior al tratamiento.....	231
Familia 2: Redes de Apoyo	234
Categoría A: Acompañamiento terapéutico	236
Categoría B: Apoyo percibido de su pareja	242
Categoría C: Apoyo percibido de parte de otras personas externas a su pareja.....	245
Categoría D: Apoyo brindado a su pareja	254
Familia 3: Duelo	257
Categoría A: Duelo por pérdida de la fertilidad e imposibilidad de la maternidad y paternidad.....	260
Categoría B: Duelo por tratamientos fallidos.....	268
Categoría C: Duelo por pérdida del embarazo	274
Familia 4: Estrategias de Afrontamiento.....	280
Categoría A: Autocrítica.....	284
Categoría B: Evitación de problemas	289
Categoría C: Expresión emocional	297
Categoría D: Búsqueda de apoyo social y actividades distractoras	302
Categoría E: Reestructuración cognitiva.....	309
Categoría F: Resolución de problemas	313
Categoría G: Afrontamiento espiritual religioso	317
Categoría H: Paternidades y maternidades alternativas	323
Categoría I: Apropiación del lenguaje técnico	335
Familia 5 : Reflexiones de la experiencia	338
Categoría A: Reflexiones personales	339
Categoría B: Recomendaciones a los diversos profesionales encargados de tratamientos de infertilidad:	348
Categoría C: Reflexiones dirigidas a los pares	358
Superfamilia 3: Consecuencias.....	367
Familia 1: Secuelas Físicas.....	367
Categoría A: Impacto en la salud física	369
Categoría B: Manifestaciones físicas de origen psicofisiológico	374

Familia 2: Secuelas Psicológicas	376
Categoría A: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la sexualidad.....	382
Categoría B: Secuelas psicológicas del diagnóstico y tratamiento.....	391
Categoría C: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la afectividad	409
Categoría D: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la comunicación	412
Familia 3: Impacto en el Autoconcepto	414
Categoría A: Autoconcepto posterior al diagnóstico	416
Categoría B: Impacto por la transformación del cuerpo	424
Categoría C: Percepción de éxito personal y realización personal asociados a la maternidad y paternidad	426
Familia 4: Secuelas Sociales.....	430
Categoría A: Interacción social	433
Categoría B: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en el trabajo.....	436
Categoría C: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la familia	439
Categoría D: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la economía de la pareja	441
Familia 5: Cambio en el estilo de vida	449
CAPITULO V.....	457
Balance General	457
Hallazgos de la contrastación entre poblaciones:.....	476
CAPITULO VI.....	486
Conclusiones	486
CAPITULO VI.....	502
Recomendaciones.....	502
Limitaciones.....	508
Referencias Bibliográficas	511
Anexos	535

CAPITULO I

Introducción:

Históricamente, la capacidad para procrear ha tenido múltiples explicaciones de acuerdo a cada civilización y época. En un principio, con la ignorancia sobre el papel de las relaciones sexuales en la fecundación y el nulo conocimiento sobre las contribuciones de las células reproductivas masculinas y femeninas, se diseminó fácilmente la idea de que la reproducción era un fenómeno singularmente femenino y que el papel del hombre era innecesario o en todo caso ceremonial. Al respecto de lo anterior, Giménez (2012) indica algunos ejemplos de explicaciones culturales sobre la procreación, que van desde reportes de civilizaciones tan antiguas como los trobriadeses en Nueva Guinea, los cuales tenían la creencia de que los embarazos sucedían porque un espíritu infantil se introducía en la mujer por el canal vaginal, sin la mediación de relaciones sexuales, hasta la asociación de que los ciclos menstruales eran controlados por las fases de la luna, creencia que se ha encontrado en buena parte de las sociedades indígenas del mundo.

Siguiendo con el planteamiento de Giménez (2012) toda esta serie de creencias al respecto, contribuyó desde las sociedades prehistóricas a generar un culto a la fertilidad en donde se colocó a la mujer en el papel central, relacionando la fertilidad con la capacidad de fecundidad de las tierras, en donde incluso a través de diferentes culturas se encuentran evidencias de la asociación de “la copulación con la siembra y la lluvia, la concepción con el proceso de germinación, la gestación con la maduración y el nacimiento con la cosecha” (p.2). Incluso esta autora señala que aún en la modernidad se conservan tradiciones como el arrojar arroz o algún cereal a los recién casados, que son evidencia de esta forma antigua de entender la fecundidad. Ahora bien, esa valoración e incluso idolatría a las mujeres por sus

capacidades reproductivas, llevó directamente también a culparlas cuando los procesos de concepción y/o el embarazo fracasaban “a pesar de que los hombres eran y son infértiles tan a menudo como las mujeres, a lo largo de la historia y las culturas, las mujeres han soportado desproporcionadamente la carga médica y social del fracaso de la reproducción” (Covington y Hammer, 2006, p.3). Razones por las que la infertilidad ha sido desde épocas tan antiguas una razón de marginación social, abandono, violencia, divorcio e inclusive asesinato (Scott, 2004).

Por tanto, se podría considerar que el interés en evitar este tipo de ostracismos sociales han llevado desde tiempos inmemoriales a la búsqueda de potenciadores de la fertilidad y soluciones para la infertilidad; por ejemplo Covington y Hammer (2006) señalan ejemplos que han ido desde la ingesta de plantas o partes de animales, enterrar cordones umbilicales de nacimientos anteriores bajo las casas, visita a zonas consideradas sagradas, creación de polvos y brebajes a base de raíces o plantas, utilización de ornamentos a modo de amuletos o incluso la búsqueda de soluciones en la numerología y la astrología, de los cuales también hay evidencias en todas las culturas.

A pesar de que muchas de esas prácticas aún existen y son utilizadas en la modernidad como tratamientos alternativos a la intervención médica, hubo un claro e importante quiebre histórico con este tipo de pensamiento, con la aparición de hallazgos científicos basados en la evidencia que proporcionó el método científico, lo cual fue alterando paulatinamente la comprensión de la reproducción y la fertilidad. Según anota Foote (2002) existen momentos fundamentales que se pueden rastrear desde 1677 cuando el científico holandés Anton Leeuwenhoek logró identificar por primera vez los espermatozoides con un microscopio, o cuando en 1765 Spallanzani descubrió que la reproducción de mamíferos requería tanto el

espermatozoide masculino como del óvulo femenino. Asimismo, Covington y Hammer (2006) agregan hallazgos aún más significativos para el abordaje moderno de la infertilidad, los cuales tuvieron sus orígenes en la identificación y posterior descripción que hizo el biólogo Karl von Baer sobre el desarrollo embrionario de mamíferos a inicios del siglo XIX, sumado al entendimiento de la función de los espermatozoides y su origen en los testículos por Albert von Kolliker en 1827, y las evidencias del entendimiento de los ciclos de la ovulación y su relación con la menstruación en 1839 por Augustus Gendrin. Todos estos fueron aspectos claves para el rápido desarrollo científico que se daría en años posteriores que llevaron hasta el advenimiento de Reproducción Médicamente Asistida (RMA), con tan importantes avances como el nacimiento de Louise Brown, primera persona nacida por Fertilización In Vitro en 1978, gracias al trabajo pionero de Patrick Steptoe y Robert Edwards en Inglaterra (Covington y Hammer, 2006).

Todos estos y muchos otros avances científicos en el área de la reproducción, impulsaron la necesidad de seguir haciendo investigación continuamente sobre el tema de la fertilidad, la infertilidad y sus tratamientos, consolidando así un área de especialización con predominancia en el paradigma biomédico en donde el foco del tratamiento estaba en los órganos sexuales, situación que hasta la fecha parece seguir muchas veces fallando en contemplar las distintas variables mediadoras de esta condición.

Según Thorn (2009) fue apenas hasta la primera mitad del siglo XX que empezaron investigaciones que contemplaban los aspectos psicológicos de la infertilidad, los cuales a su vez tenían un marcado enfoque psicopatológico. Al respecto la autora indica que desde 1940 aproximadamente, hay reportes basados primordialmente en especulaciones teóricas o en pruebas anecdóticas que señalan hipótesis causales relativas a aspectos desde el rechazo a la

maternidad hasta conflictos con la identidad sexual, centrándose estos siempre en las variables femeninas. Con base a ese tipo de abordaje, inició el camino a la consideración de que en aquellos casos en que la razón médica de la infertilidad no se lograba diagnosticar con precisión, debía entonces relacionarse con aspectos anormales del ajuste emocional principalmente de las mujeres afectadas, ignorando de nuevo los aspectos relativos a la infertilidad de origen masculina, así como las variables propias de la pareja.

Un cambio de pensamiento se produjo en la década de 1970 cuando aspectos como el estrés y la ansiedad se empezaron a considerar como coadyuvantes importantes de la infertilidad, mediados por mecanismos individuales de afrontamiento, apoyo social y capacidad de resiliencia. Los cuales según la autora condujeron a aproximaciones más recientes donde el enfoque pasó de la psicopatología individual a modelos más integrales de comprensión que contemplan aspectos biológicos, psicológicos y sociales, basados en la premisa de que

La infertilidad en la mayoría de los casos tiene causas físicas que requieren intervenciones médicas para tratarla (aspectos biológicos), hay reacciones individuales a la infertilidad como la depresión y la ansiedad (aspectos psicológicos) y hay implicaciones sociales como el estigma y el tabú asociados con la infertilidad (aspectos sociales) (Thorn, 2009, p. 48).

Como se podrá abstraer de lo explicado anteriormente sobre la historicidad de la condición, el concepto de infertilidad ha tenido muy diversos enfoques, los cuales han llevado a consolidar una forma de comprenderla basada en parámetros que la consideran según algunos autores como una incapacidad para lograr un embarazo después de doce meses de relaciones sexuales regulares sin medidas anticonceptivas (Izzedin-Bouquet, 2011; Moreno-Rosset, Del

Castillo, Ramírez-Uclés y Martín, 2011; Zegers, 2012; Bhat y Byatt 2016). A su vez, ésta actualmente se clasifica en infertilidad primaria, cuando nunca se ha logrado un embarazo y secundaria, cuando ya se tuvo un hijo previamente pero no se logra concebir de nuevo (Girault, 2003).

La misma definición de infertilidad se encuentra en el Glosario de Terminología en Técnicas de Reproducción Asistida de la OMS (2010), diferenciándose esta última en que enfatiza el término enfermedad en lugar de incapacidad. De esa manera, se estaría planteando una forma de entender la infertilidad como una disfunción o enfermedad crónica relacionada con los órganos reproductivos. Sin embargo, como lo explica Izzedin-Bouquet (2011) la infertilidad presenta una serie de peculiaridades en comparación con el resto de las enfermedades de esta categoría, entre esas que no manifiesta sintomatología asociada ni limitaciones físicas y tampoco representa una amenaza a la supervivencia. Pese a esta definición estrictamente biológica, las investigaciones basadas en evidencia indican que su diagnóstico y tratamiento generan alteraciones emocionales similares a las de otras afecciones médicas (Antequera, Moreno, Jenaro y Ávila, 2008).

Según una investigación epidemiológica de la Organización Mundial de la Salud conducida por Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel y Stevens (2012) la infertilidad afecta a un estimado de 48.5 millones de parejas en el mundo. En Costa Rica su incidencia se estima en cerca del 10% en las parejas (Mata, Sáenz y Ramírez, 2007 y Rivera, 2016).

Específicamente en Costa Rica estos datos tienen especial relevancia dado que la tasa de fecundidad, la cual corresponde a los hijos nacidos por mujer en edad fértil, cae por debajo de la tasa mínima de reemplazo poblacional según el INEC (2015), por lo que aspectos como

el envejecimiento de la población y el directo impacto negativo de esto en la sostenibilidad de la economía, son algunas de las preocupaciones sociales que podrían derivarse, entre otras causas, de la infertilidad, aspectos que según Ferrero (2012) la convierten en un problema de salud pública de carácter prioritario ya que pasa a ser considerada como una enfermedad crónica con serios impactos en la economía.

Asimismo, como lo revelan las investigaciones en salud reproductiva además de las secuelas sociales antes descritas, a nivel individual existen más implicaciones derivadas de la infertilidad. Para Llavona (2008) la infertilidad genera alteraciones emocionales de importancia si la pareja tiene como una meta primordial el tener hijos, generando en muchos de estos casos, ansiedad y depresión. Aunado a esto, se sostiene que el diagnóstico puede alterar el funcionamiento social, mediante la amenaza del proyecto de vida, la afectación del autoconcepto y las secuelas sobre la vida sexual entre otros aspectos que generan un importante desgaste a nivel físico, emocional y económico tanto individual como en la pareja.

De este modo, la construcción social en torno a la feminidad, la masculinidad y el sentido de pareja con respecto a la procreación, los sentimientos de culpa e impotencia, el deseo de trascendencia, la necesidad de asegurar el cuidado para la adultez mayor e incluso las expectativas sociales por las que son influenciadas estas personas, las cuales provienen de la pareja, los familiares, las instituciones religiosas o la sociedad misma, hacen que el no poder procrear se traduzca en sentimientos de fallo, pérdida y en un aumento en la probabilidad de aparición de alteraciones en el funcionamiento de sus afectados (Mata y Sáenz, 2003).

Respecto a esas alteraciones, Moreno-Rosset (2009) agrega que además de todos los factores antes descritos, los procedimientos médicos utilizados para tratar la infertilidad, conocidos

como Reproducción Médicamente Asistida (RMA), agregan otros estresores como la ansiedad ante los resultados, los sentimientos de desesperanza, el desgaste ante los procesos intrusivos o incluso el malestar al tener que brindar excesiva información sobre las prácticas sexuales y la vida íntima de la pareja, aspectos que aumentan conforme se agota el tiempo y los intentos para concebir. Así, las parejas que se someten a la RMA pasan por un proceso de pruebas y tratamientos que en la mayoría de casos se convierten en una experiencia larga y estresante que podrían generar una sobrecarga crónica, porque generalmente pasa mucho tiempo para conseguir el embarazo, si es que se logra, sumado a que los fármacos que se deben consumir provocan cambios hormonales que tienen el potencial de afectar el estado de ánimo y finalmente se debe aceptar que no siempre la medicina puede asegurar el éxito en el tratamiento.

Considerando todo lo anterior, la presente investigación no pretendió ubicarse desde las limitaciones de una definición estrictamente médica de discapacidad, ya que como lo plantean Castañeda y Bustos (2001), el análisis del impacto de cualquier condición requiere, de acuerdo con los principios básicos presentes en la Constitución de la OMS (2006), estudiarla desde el enfoque biopsicosocial en donde se contempla que:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (p.1).

Así, en el caso de la infertilidad y en concordancia con Carreño, Morales, Sánchez, Henales y Espíndola (2007), esta investigación se propuso entenderla como un problema de salud

pública, que atañe a la Psicología de la Salud al abarcar las áreas física, psíquica y social de los seres humanos, partiendo de que es una condición en la cual el proceso reproductivo no se logra en un estado completo de bienestar y que por lo tanto las personas diagnosticadas con ésta, son ajenas a esa condición de salud reproductiva.

Por todas las razones ya mencionadas, la infertilidad necesita ser interpelada desde una perspectiva integral, que aborde tanto aspectos biomédicos como psicológicos y sociales, ya que todos estos factores, generan alteraciones a nivel biopsicosocial y tienen consecuencias vitales en el sujeto y en su pareja. Lo anterior cobra especial relevancia sobre todo a partir del avance que ha tenido Costa Rica en los últimos dos años en el tema, tras el fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos respecto a la Fertilización In Vitro (la cual será explicada más adelante), lo cual constituye un antecedente importante que merece destacarse aunque no haya sido parte de los objetivos de esta investigación haberlo estudiado. Como se ha evidenciado, su impacto ha implicado entre otras cosas, una movilización importante de recursos para capacitar al personal de las diversas disciplinas de la salud de pública que laboran en la Caja Costarricense del Seguro Social y esto se convierte en un avance importante en todos los niveles de desarrollo de las y los costarricenses, quienes podrán ver atendidas sus necesidades respecto a su fertilidad desde un enfoque de derechos en su propio país, sin que la capacidad monetaria defina el acceso a estos servicios como ha venido sucediendo. Además, en consecuencia de estos cambios sociopolíticos, se está generando desde ya un gran impacto que está promoviendo una nueva cultura respecto al tema, lo cual a su vez demanda una sociedad más sensible, consciente y respetuosa de este sector de la población que ha sido invisibilizado durante años y que merece además ser atendido de la manera más integral y actualizada posible. Por tanto, este avance de muchas maneras exige

que se promueva la realización y sistematización de más investigaciones nacionales, que permitan ir actualizando a las personas profesionales en las diversas áreas relacionadas, de modo que se pueda lograr tener a nivel país un abordaje de calidad en los servicios y en la atención, tanto privada como sobre todo pública a esta población. Aspectos que fueron las razones que dieron origen a la presente investigación, la cual en respuesta a esa demanda social abordó desde un enfoque de Derechos Humanos la combinación de las visiones de la Psicología de la Salud y la Psicología de la Reproducción, para intentar aportar información científica y actualizada sobre los antecedentes, interpretaciones y consecuencias que tiene el complejo y amplio fenómeno de la infertilidad, sobre al menos cierta parte de la población nacional.

Justificación:

Son escasos los estudios costarricenses en torno al tema de la infertilidad, aspecto que en consonancia con lo planteado en la introducción, refleja tanto la urgencia de seguir dirigiendo esfuerzos económicos y académicos en esta línea de investigación, como a su vez valida la relevancia que tiene el presente trabajo para aportar al incipiente cuerpo de conocimiento científico nacional en esta área. Al respecto, se considera que esta fue una investigación novedosa en tanto se diferenció de las preexistentes en diversidad de aspectos. En primer lugar, la mayoría de las escasas investigaciones antecesoras a nivel nacional, poseen un enfoque biomédico con énfasis en la descripción de las causas fisiológicas de la infertilidad en hombres y mujeres. Son investigaciones cuantitativas cuyas aproximaciones a la comprensión del tema se valen exclusivamente de la revisión de expedientes clínicos, sin el contacto directo con las personas diagnosticadas y a su vez sus resultados son reportados a través de porcentajes y lenguaje técnico, lo cual limita la comprensión de sus hallazgos a un sector reducido de la población, ya sea a profesionales del mismo campo médico o a otros que conozcan del tema. En la presente investigación la forma de aproximarse al tema de estudio, la recolección, sistematización y forma de reportar los hallazgos, se realizó fundamentada en los principios del paradigma cualitativo de investigación, de modo que la información reportada a partir de los resultados obtenidos, al ser descriptiva, se hace más comprensible para la persona lectora tanto experta como no experta, lo cual le permite acceso a las diferentes disciplinas que se ven involucradas en el abordaje de esta condición. Asimismo, uno de los aspectos contemplados fue que la información pudiera estar al alcance de la población diagnosticada, que como los sujetos que participaron en este estudio

expresaron, urgen fuentes de información científica y experiencial para instruirse sobre su condición.

Asimismo, el presente estudio consistió en una aproximación al tema desde un enfoque psicológico integral y a diferencia de los pocos otros generados desde esta disciplina, el presente está fundamentado en los aportes de la Psicología Reproductiva la cual es una rama de la Psicología de la Salud. Para comprender este aporte es necesario partir de definir este enfoque teórico desde el que parte este trabajo.

La Psicología de la Salud es descrita por Konz (2009) como:

Una especialidad que aplica principios psicológicos al estudio científico de la salud, las enfermedades y los comportamientos relacionados con la salud. Está empíricamente orientado hacia una comprensión más amplia de la salud, la enfermedad, la lesión, la recuperación y el impacto de cada una de estas en la vida de las personas. El conocimiento desarrollado en este campo incluye influencias psicológicas, sociales y culturales sobre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas enfermas (p.2).

Con esta conceptualización se involucró a la psicología como disciplina en el ámbito de la salud y se le otorgó varias funciones que se irían complementando con los años. Desde la época de Hipócrates se resaltaba la influencia tan importante que tenía la salud en la sociedad e inclusive a partir de esto es que se fueron creando muchos modelos de salud pública. Pero ha sido ya a finales del siglo XX que los hábitos personales se fueron incluyendo como un aspecto básico de la salud, hábitos en los cuáles la psicología podría tener mucha implicación.

Surgiendo primero como medicina conductual y salud comportamental, el cambio de mirada de lo patológico a la salud dio un gran auge a la psicología en dicho ámbito al comprenderse que ahora la salud podría estar en función de la conducta (Palmero y Fernández, 1998).

A partir de esto, han sido muchos los teóricos que han ido más allá de los síntomas y se han dedicado a analizar cómo los procesos cognitivos pueden estar relacionados con la salud. Los estudios de temas como el estrés han sido vitales para comprender mejor cómo se enferma el ser humano y cómo se pueden prevenir enfermedades crónicas. La integración de lo biológico, lo psicológico y lo social fue dando forma a una perspectiva mucho más integral del ser humano y de su salud.

Tal como se abordó en la Introducción, corrientes más recientes destacan la salud como un estado de bienestar y no simplemente la ausencia de enfermedad; en este sentido, la Psicología de la Salud se ocupa de los comportamientos individuales y los estilos de vida que afectan la salud integral de las personas. Como campo interdisciplinario ayuda a identificar condiciones que inciden sobre la salud, a través de ejes de prevención, diagnóstico y tratamiento que contribuyen a su mejoramiento y atención (Brannon, 2010; Marks, Murray, Evans y Vida-Estacio, 2011).

A su vez, la Psicología de la Salud cuenta con múltiples disciplinas, entre ellas la Psicología de la Reproducción que es un área especializada, y por tanto capaz de abordar la infertilidad. Esta puede prevenir y/o tratar alteraciones psicológicas que se relacionen con el ciclo reproductivo (Moreno, Antequera, Jenaro y Gómez, 2009). Como se ha mencionado, la infertilidad representa un impacto estresante en la persona, una crisis vital y la confrontación con la toma de decisiones complejas. Por lo tanto, el proceso emocional que conlleva ésta y

sus tratamientos es tan importante que resulta imprescindible la evaluación psicológica que permita conocer el ajuste emocional, detectar el riesgo de desarrollar trastornos y ofrecer acompañamiento adecuado en cada caso (Moreno-Rosset, 2008). Dentro del campo de la Psicología de la Reproducción, debe contemplarse también la alusión al tema de la salud, para ello se hace referencia al término Salud Reproductiva el cual según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo (1994, citado en Villanueva, 2006), consiste en “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (p.395). En concordancia con lo anterior, se atañe a la salud reproductiva la capacidad de disfrutar a plenitud de la vida sexual, que esta pueda vivirse de manera satisfactoria y sin riesgos, contemplando la posibilidad de procrear, así como la libertad para decidir cuándo, cómo, dónde y con qué frecuencia hacerlo. De acuerdo con eso, el concepto de salud reproductiva entraña la capacidad de procrear, por lo tanto, el diagnóstico de infertilidad atenta directamente contra este estado de bienestar integral.

Ahora bien, siguiendo con la diferenciación de este trabajo en comparación a otros antecedentes nacionales, se desea resaltar que investigaciones previas se realizaron teniendo como eje transversal un enfoque único para contextualizar el análisis de la información, en cambio en esta, al pretender comprender mejor el fenómeno en estudio analizándolo a partir de la integración amigable de dos disciplinas de la Psicología, como ya se expuso anteriormente. También fue conveniente elegir una forma clara de reportar los principales hallazgos de las experiencias de las y los participantes. La forma en que se eligió reportar esa información, para así visibilizar la comprensión amplia del tema en estudio, el cual por su

naturaleza tiene un antes, un durante y un después, fue un modelo conocido como ABC el cual se adhiere a la comprensión de las experiencias de las personas desde el paradigma Cognitivo Conductual de la Psicología y permite profundizar en las explicaciones de las relaciones entre antecedentes, interpretaciones del diagnóstico y tratamiento, y las consecuencias de dichas interpretaciones. Según Ruiz y Cano (2002) el Modelo Cognitivo Conductual se propone como un paradigma integrador que daría a la psicoterapia una teoría evolucionista del aprendizaje y la organización de la experiencia subjetiva, coherente con el desarrollo del sistema nervioso humano, una teoría contrastable científicamente y un punto donde confluyen distintas orientaciones de psicoterapia que explican el cambio y la estabilidad de la conducta, basándose en los procesos cognitivos de los seres humanos. Este modelo teórico, sostiene que la conducta humana está mediada por el procesamiento de información llevado a cabo en su sistema cognitivo. La cognición es, específicamente, “la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados” (Ruiz y Cano, 2002, p.40). De esta manera, se plantea que la cognición se puede entender en términos de estructuras cognitivas que organizan internamente la información, como las memorias a corto y largo plazo, receptores sensoriales, el contenido cognitivo que es el que realmente se almacena, los procesos cognitivos como la atención, codificación, interpretación y recuperación de la información; y los productos cognitivos como creencias, decisiones y pensamientos, entre otros (Lega, Caballo y Ellis, 2002). También, toma en cuenta tanto los eventos externos como los internos que experimenta el individuo. Así, la conducta y las emociones, a raíz de eventos particulares, están mediadas por las cogniciones desarrolladas a nivel interno sobre dichos eventos, siendo más importante la representación cognitiva del ambiente que el ambiente en sí (Jaubert y Soto, 2001). Por lo tanto, las perturbaciones sufridas por las personas (consecuencias), no

dependen de lo que les sucede (circunstancia), sino de cómo procesan estas vivencias (interpretaciones), lo que a su vez se ve influenciado por una cierta cantidad de elementos previos de distintas índoles (antecedentes) (Wright y Beck, 2000). Basado en lo anterior, esta investigación parte del supuesto de que las interpretaciones y percepciones que la persona puede generar a raíz del diagnóstico de infertilidad y su proceso de tratamiento, dependen, en gran medida, de ciertos antecedentes biopsicosociales, que se relacionan predominantemente con mandatos sociales en torno al ser hombre, mujer y pareja, de esta manera, por ejemplo el impacto emocional a raíz de la infertilidad se vincula con los pensamientos que la persona haya interiorizado sobre el papel de la maternidad y la paternidad en su proyecto de vida. Asimismo, según Miguel-Tobal y Cano-Vindel (2002) todas las reacciones cognitivo-subjetivas, fisiológicas y expresivo-motoras llegan a repercutir en otras áreas del desempeño del ser humano, es decir tienen consecuencias.

Para entender esta idea de mejor manera, se debe explicar el modelo ABC en el cual se fundamentaron, las investigadoras en la exploración del discurso de los participantes de esta investigación, el cual en un modelo teórico perteneciente al enfoque cognitivo conductual. De acuerdo con Albert Ellis, su creador, este modelo se conforma por tres ejes: el eje A denominado antecedentes los cuales representan los acontecimientos activadores y son estímulos ambientales externos, es decir sucesos reales verbales o no verbales que se le presentan al sujeto, el eje B que son pensamientos, auto-verbalizaciones o interpretaciones utilizados por el sujeto para responder a (A) según la valoración que haya realizado sobre ese acontecimiento en específico, incluyendo actividades privadas como pensar o sentir y el eje C representa las consecuencias o reacciones emocionales o conductuales que va a tener el sujeto basándose en (B); el efecto de la consecuencia en la probabilidad de futuras

ocurrencias de la conducta incluye un incremento o mantenimiento de la conducta o una disminución de la misma (Olivares y Méndez, 2001; Ellis y Abraham, 2005; Rummel, Garrison-Diehn, Catlin y Fisher, 2012).

Según el modelo, es el propio sujeto quien da su valoración personal sobre los acontecimientos y por ende el que produce en última instancia, las consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas de éstos. Según Ruiz y Cano (2002), la valoración de los acontecimientos dependerá de qué impliquen los mismos en las metas personales del sujeto, ya que desde esta visión, las personas son más felices si se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente, siendo las principales metas humanas la supervivencia y la felicidad que abarca la aprobación, el afecto, el éxito y competencia personal y el bienestar físico, emocional y social.

Otra de las diferencias de este estudio con respecto a las investigaciones previas desde el campo de la Psicología, fue que todas se enfocaron en trabajar solamente con mujeres o con parejas, pero ninguna abarcó la población masculina, lo cual a su vez es un reflejo de la tendencia en las publicaciones internacionales, en donde la representación de esa población es realmente escasa. En la presente investigación se trabajó con las tres poblaciones hombres, mujeres y parejas; con el fin de encontrar similitudes y diferencias ante la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, confirmando uno de los supuestos iniciales de que la socialización por género permea la manera en cada individuo vaya a interpretar sus vivencias. Al respecto, se debe destacar que múltiples estudios ponen de manifiesto diferencias en el afecto, el desajuste emocional y los recursos adaptativos entre los hombres y las mujeres no fértiles (Del Castillo, Rosset, Díaz y Uclés, 2009). Por lo tanto es fundamental el acercamiento a esta temática contemplando las variables del género, término

que alude a la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino (Puleo, 2000), específicamente considera las diferentes oportunidades que tienen hombres y mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los papeles que socialmente se les asignan dependiendo de la percepción de la sociedad. Así el género se relaciona con todos los aspectos de la vida social y privada, identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y el quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos. Son símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetiva que, a través de la socialización, diferencian los sexos (Presno y Castañeda, 2003).

Las consideraciones de género en el análisis de la salud, ha venido a visibilizar las maneras en que las construcciones sociales moldean diferenciadamente los perfiles de salud de hombres y mujeres. Uno de los principales roles de género es el reproductivo, que en la mayoría de las culturas es asumido por las mujeres. Así, Presno y Castañeda (2003) plantean que la maternidad y la paternidad al igual que el género, constituyen construcciones simbólicas. A lo largo de la historia, la maternidad ha sido idealizada, incluso por muchos siglos estuvo asociada a lo divino y sagrado como se planteó en la Introducción, de esta manera, al relacionar los conceptos de maternidad y paternidad con el género, se distingue que históricamente la función materna ha constituido parte del núcleo identitario de la feminidad, siendo difícil deslindar un concepto del otro. En cambio, esto no ha ocurrido de la misma manera en el caso del hombre, a quien se le ha definido principalmente por otros atributos y no por el de ser padre. Estas diferencias socioculturales podrían verse reflejadas en las reacciones emocionales ante un diagnóstico como la infertilidad y su proceso de tratamiento.

Por otra parte, es importante destacar que esta investigación es la primera a nivel nacional, que plantea la discusión de este tema desde un enfoque de Derechos Humanos con énfasis en los Derechos Sexuales y Reproductivos. Por lo que se hace necesario indicar algunos elementos básicos de este enfoque.

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948, proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos como:

El ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción (p.2).

En ella se destaca que los Derechos Humanos son: universales, pues pertenecen a todos los seres humanos. Inalienables, es decir a nadie puede despojársele de ellos. Irrenunciables, porque aunque sea por propia voluntad, no se puede renunciar a ellos. Intransferibles, porque no se pueden pasar a otra persona. Imprescriptibles, ya que son para toda la vida, no tienen fecha de caducidad bajo ninguna circunstancia. E indivisibles, es decir que ningún derecho puede disfrutarse a costa de otro derecho y tampoco puede prescindirse de ninguno. Respecto a esto, el Estado tiene la responsabilidad de promover actitudes como el respeto al abstenerse de interferir o de tomar acciones que pueden ser violatorias de derechos humanos, además

debe proteger a las personas cuando se violentan sus derechos humanos, así como garantizar que se tomen las medidas necesarias para que los derechos puedan ejercerse (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

Los Derechos Humanos se subdividen en cuatro grandes ejes: a) los derechos políticos y civiles, b) los derechos sociales y culturales, c) los derechos sexuales y d) los derechos reproductivos (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948). Estos dos últimos, abordan infinidad de temáticas pero las que han generado más polémica han sido el aborto, el uso de anticonceptivos modernos como la anticoncepción de emergencia, la educación para la sexualidad, la violencia obstétrica, los tratamientos de reproducción médicamente asistida principalmente la Fertilización In Vitro, entre otros.

Estos derechos abarcan una amplia gama de temas y esferas de la vida de las personas, especialmente aquellas relacionadas con su sexualidad y su reproducción. Estos, son reconocidos en diferentes instrumentos internacionales, así como en diferentes leyes, políticas públicas y decretos. Al respecto, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (1994) indica que estos son derechos humanos que ya están reconocidos y que contemplan el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que se desea tener, el tiempo entre cada nacimiento, la posibilidad del acceso a la información y de los medios para alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, así como el adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación o violencia alguna. Cabe destacarse que entre los principales derechos sexuales y reproductivos destacan: el derecho a la vida, a la salud, a la libertad, a la seguridad e integridad personal, a decidir el número de los hijos, el derecho a la intimidad, a la igualdad y no discriminación, al matrimonio y a fundar una familia, el derecho al empleo y la seguridad social, a la educación

e información adecuada y oportuna, el derecho a modificar costumbres discriminatorias, así como a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación (Facio, 2003).

Finalmente, la presente investigación a diferencia de las anteriores, permitió explorar las interpretaciones que las tres diferentes poblaciones hacen de los distintos diagnósticos y tratamientos a los que puede acudir la población infértil, aportando en este caso una visión más integral de este aspecto tan importante que media la forma en la que experiencia es interpretada. Para entender mejor este aporte, es importante abordar teóricamente los ejes principales de intervención, con los que la población participante de este estudio fue atendida de acuerdo a la intervención de la Reproducción Médicamente Asistida (RMA), la cual es definida por la OMS (2010) como “la reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante” (p.9). Esta definición de RMA es importante para diferenciarla del concepto de TRA que contiene únicamente “los procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo, resaltando que las TRA no incluyen inseminación artificial usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante” (OMS, 2010, p.10).

Cabe destacarse que, a pesar de la diversidad que existe de procedimientos de RMA, los participantes de esta investigación, se practicaron las siguientes:

- *Inseminación Artificial (IA)*

Tal y como lo indican Agarwal y Allamaneni (2004) y en concordancia con la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (2011), se entiende por inseminación artificial (IA) el procedimiento de RMA que tiene la finalidad de intervenir a nivel médico en la condición de infertilidad humana con el fin de facilitar la procreación, a partir de la capacitación de los espermatozoides expulsados por eyaculación, que posteriormente son depositados dentro del útero de la mujer, en el momento de la ovulación. Como parte de los procedimientos, a los hombres, se les pide depositar el esperma, después de la masturbación, en un recipiente y a la mujer se le inserta una sonda en el moco cervical en el momento de la ovulación; la posibilidad de embarazo, puede depender entre otros factores de la calidad de la muestra espermática, la permeabilidad tubaria y la ovulación. Un aspecto importante a destacar es que esta técnica por lo general se recomienda practicarse previamente a TRA más complejas como la FIV (Ramos, Delgado y García, 2012), pero eso varía según las particularidades de cada caso.

- *Fertilización In Vitro (FIV)*

Según la especialista costarricense en medicina reproductiva Fiorella Bagnarello (2015) se define como una TRA que involucra fecundación extracorpórea. De Castro-Pita y Moreno-Rosset (2009) indican que consiste básicamente en el encuentro in vitro (en el laboratorio) de los dos gametos, el cultivo in vitro de el o los embriones pre-implantatorios y por último, la transferencia de el o los embriones al útero. Según Bagnarello (2015) para realizar la técnica existe una primera etapa de estimulación controlada de los ovarios mediante medicamentos hormonales aplicados a la mujer con la intención de obtener múltiples folículos, los cuales contienen los ovocitos que serán aspirados posteriormente vía vaginal

guiado por ultrasonido. La especialista indica que esos ovocitos son fertilizados en el laboratorio y, posteriormente, los ovocitos que logren ser fertilizados y progresen adecuadamente a embriones de tres o cinco días, son transferidos a la cavidad uterina de la paciente. Este proceso, que generalmente dura alrededor de dos semanas, es llamado un ciclo de FIV. De Castro-Pita y Moreno-Rosset (2009) señalan que tal como se ha explicado, por lo general en el ciclo de FIV se precisa estimular la ovulación para obtener más de un ovocito por ovario y por tanto, más de un embrión, ya que en principio las probabilidades de obtener un embarazo son mayores cuanto mayor sea el número de embriones de buena calidad entre los cuales elegir los mejor candidatos para transferir al útero, por lo que en caso de existir embriones sobrantes se pueden criopreservar para ser utilizados posteriormente, razón por la que esta TRA ha sido tan cuestionada desde esferas que van desde la bioética hasta la religión.

A modo de conclusión de este apartado, se desea destacar la idea de que partiendo de que enfrentarse al diagnóstico de infertilidad resulta en una crisis vital para quienes lo experimentan, y considerando la escasez de investigaciones nacionales que abarquen el tema desde la psicología, tal como se ha venido planteando. Existe la obligatoriedad de continuar desarrollando conocimiento sobre el impacto de la infertilidad, especialmente sobre las características de ese impacto en la población costarricense. Por tanto, los esfuerzos dirigidos en ampliar el conocimiento del área, especialmente con énfasis en los aspectos biopsicosociales de la infertilidad que influyen en el surgimiento de emociones, cogniciones y conductas, tal como lo pretende este trabajo, se considera que contribuirán positivamente a la población nacional afectada, a las personas profesionales de los diferentes centros de atención privados y públicos que atiendan en medicina reproductiva, como a su vez, al nuevo campo de la Psicología de la Reproducción.

Contextualización Nacional

En este apartado se realizará una descripción sobre algunos de los aprendizajes obtenidos por las sustentantes durante su proceso de formación teórica-metodológica en relación a las sesiones y entrevistas realizadas que estuvieron dirigidas a conocer y a discutir sobre los aspectos biomédicos de las técnicas y las características de la atención desde la medicina reproductiva, la contextualización nacional sobre el abordaje médico y psicológico en reproducción asistida desde la atención en instituciones de salud tanto públicas como privadas y los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos que se ven involucrados en la atención médica de la infertilidad.

Cabe destacar que, algunos de los aportes se visibilizan a continuación, provienen de los reportes de las personas con las que se tuvo contacto durante esa etapa formativa, por lo que esa información específica de ningún modo se puede generalizar a todos los centros de medicina reproductiva del país ni a la opinión de todas las personas profesionales que laboran en este tema.

- *Infertilidad en el contexto de la atención privada a la salud*

En la etapa de instrucción teórico-metodológica, las investigadoras también tuvieron sesiones de capacitación con dos de los principales médicos especialistas en Medicina Reproductiva del país. Con ellos, se pudo tener aproximaciones específicas al tema de la infertilidad en cuanto a los protocolos de intervención, conocimiento de los diagnósticos masculinos y femeninos más comunes, explicaciones de la diversidad de tratamientos y técnicas con énfasis en IA y FIV, estadísticas nacionales respecto a la factibilidad de los tratamientos, el

rol de la persona profesional en psicología o del papel de psicología como parte del equipo interdisciplinario en consulta, entre otros.

Fue así como las investigadoras tuvieron noción del abordaje concreto de la infertilidad desde el sector privado, el cual tiene entre sus principales características, la oferta y demanda de sus servicios a un sector de la población que en su mayoría posee un nivel socioeconómico medio-alto, que como sucedió con las y los participantes de esta investigación, cuentan con las facilidades para realizarse por lo general más de un tratamiento e incluso hacerlo fuera del país.

Al momento de realizarse las entrevistas a profundidad de esta investigación, a principios del 2016, la FIV no estaba siendo practicada en Costa Rica desde el año 2000 cuando la Sala Constitucional de la Corte Suprema la declaró inconstitucional. Razón por la que las y los especialistas médicos del país debieron por 16 años remitir a sus pacientes a practicársela en Europa, Estados Unidos, Colombia y Panamá. En Costa Rica fue a partir de la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el 2012 que el Estado fue declarado responsable por la violación a los derechos a la integridad personal consagrados en la Convención Americana, y obligado a aprobar la técnica, sentencia que fue acatada hasta finales del 2015 cuando se firmó el decreto presidencial para restaurar el aval de realizar la técnica, aspecto que además por razones políticas y burocráticas se concretó hasta el año 2016 en el sector de medicina privada y a la fecha aún está en proceso para incorporarla desde el sector de la atención en salud pública.

Siguiendo con los aspectos que caracterizan la atención de la infertilidad desde la medicina privada, quienes acuden a consulta suelen recibir por lo general, intervención únicamente de

personal especialista en medicina reproductiva y en algunos pocos casos de profesionales en Psicología, destacando que no se les ofrece un servicio de atención integrado por otras disciplinas de la salud como Nutrición o Trabajo Social que, se ha comprobado tienen un papel fundamental en la atención integral de esta condición, sucediendo que las y los pacientes terminan buscando por aparte esos u otros servicios, lo cual además les demanda de mayores inversiones económicas para las cuales no siempre están preparados. En lo que respecta al campo de la Psicología, uno de estos especialistas en medicina reproductiva entrevistados aceptó considerar importante y necesaria la presencia de un o una profesional en psicología como parte del equipo interdisciplinario, razón por la que cuenta con una como parte de los servicios que ofrece en su clínica. Sin embargo, pacientes de él que participaron en este estudio destacaron insuficientes las labores que esta persona cumplía para estar en ese cargo, los cuales asociaban más a un papel de asistente del médico, que de profesional en esta área.

El otro especialista entrevistado, mantuvo en su discurso la consideración de no necesitar de una persona profesional en Psicología para atender sus casos, ya que en su opinión es el médico quien puede y debe hacerse cargo de una explicación amplia de todo el proceso reproductivo y de la contención a la persona o pareja, ya que a su parecer la respuesta psicológica de la pareja infértil es modulada en gran parte por el abordaje que dé el médico y solo cuando es muy necesario, es decir en casos extremos como trastornos afectivos severos, se les refiere a ayuda especializada, por lo que a su parecer la consulta psicológica no debería ser parte de la rutina de la atención de personas con este diagnóstico, criterio que los sujetos de esta investigación más bien negaron, al ser para ellos y ellas trascendental la

compañía de un profesional en Psicología, tal como se podrá observar en el apartado de análisis de resultados de esta investigación.

- *Infertilidad en el contexto de la atención pública a la salud*

Es importante destacar que, aunque las investigadoras tuvieron la posibilidad de ampliar su conocimiento en el tema gracias a los aportes de estos y otros profesionales, se dieron cuenta que, su aproximación a esta experiencia estaba siendo limitada a la comprensión de la misma solamente desde un sector de la población, como ya se comentó, aquel perteneciente a la clase media-alta del país que atendía esta condición de salud desde la medicina privada. A raíz de esto, es que se buscó acceder a información que pudiera ampliar el conocimiento en el abordaje de la infertilidad, desde el sector público de atención a la salud, específicamente en el campo de la Psicología. Para ello, se contactó a profesionales que desde sus funciones en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) estaban atendiendo o teniendo algún tipo de contacto con población diagnosticada con infertilidad.

Las dos psicólogas entrevistadas, son egresadas del posgrado en Psicología Clínica del CENDEISS y la Universidad de Costa Rica, valga indicar, ninguna tenía especialidad en Psicología Reproductiva. Una de ellas trabajaba en el Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva y otra en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. A pesar de la cantidad de años que llevaban laborando para la CCSS, ambas estaban recientemente en contacto con este sector de la población, a raíz de una demanda de atención a este tema en sus respectivos departamentos.

La profesional que trabaja en el Hospital de la Mujer, comentó que desde el año 2012 ya se atendían personas por infertilidad en la institución, pero que fue hasta el 2014

aproximadamente que el departamento de Psicología empezó a formar parte del equipo interdisciplinario de atención a la infertilidad. Desde ese entonces hasta la fecha se le asignó como representante del departamento de Psicología ante esa comisión de infertilidad a pesar de haber ingresado sin conocer nada respecto al tema, enfrentándose también a la realidad de que en el país no hay formación ni tampoco un perfil profesional de psicólogo reproductivo, reconoció que requirió capacitarse de manera autodidacta y en sesiones grupales con sus otras compañeras psicólogas, para atender de una forma ética y responsable a las personas usuarias que consultaban por el servicio. Tal y como relató en la entrevista, esto lo logró mediante el estudio constante de publicaciones académicas sobre el tema y con el intercambio de información con colegas extranjeros especialistas en el tema, lo que les permitió ir ampliando sus conocimientos sobre el rol de la psicología clínica en la comprensión global de esta problemática, así como los aspectos psicosociales asociados a la misma.

A su vez, comentó que la institución cuenta con un equipo interdisciplinario de atención a la infertilidad del que forma parte, que se integra también de otros profesionales desde las ramas de la ginecología y su sub especialidad en infertilidad, Trabajo Social y Microbiología. Según indicó, ellos por lo general tienen reuniones programadas al mes en las que se analizan casos específicos de la consulta. Fue así como poco a poco se fue construyendo dentro de ese equipo, el perfil profesional del psicólogo o psicóloga que se requería, para brindar una atención óptima a quienes lo necesitaran; dicha atención en ese hospital, está comprendida dentro de un programa que se conoce como el Protocolo de Atención por Inseminación Artificial el cual según comentó se aplica en la institución desde hace aproximadamente diez años y como el nombre lo indica, a la fecha de la entrevista atendía exclusivamente a

personas candidatas para ese procedimiento, debido a lo indicado anteriormente respecto a la aplicación de la FIV en el país.

Cabe destacarse que cada departamento de los profesionales involucrados, atiende de manera separada a quienes logran entrar al programa, de modo que se procura una atención integral que además incluye a los campos de Nutrición y Psiquiatría como consulta de apoyo. Al programa, entran las parejas de cualquier área del país que, son referidas de otros centros de salud al verificar que por más de un año de mantener relaciones sexuales sin protección no logran concretar el embarazo, además según normativas institucionales deben ser parejas casadas o en unión libre, aunque no se les pide ningún comprobante para verificar esto. Al respecto, cabe destacarse que a nivel de medicina pública, la inseminación artificial es permitida únicamente a parejas basándose en lo establecido en el *Código de Familia de Costa Rica* (s.f). De esta manera, se asumen como parejas a quienes estén unidos bajo la figura de matrimonio o de unión de hecho. En el caso del matrimonio, el Capítulo I, *Artículos 11 y 13* lo definen como la unión consentida entre un hombre y una mujer, mayores de 15 años, que tiene por objeto la vida en común, la cooperación y el mutuo auxilio, siendo legalmente imposible entre personas del mismo sexo según lo establecido en el *Artículo 14*. Por su parte, la figura de la unión de hecho, según el Título VII, Capítulo Único, *Artículo 242* contempla exclusivamente la unión pública, notoria, única y estable entre un hombre y una mujer que posean aptitud legal para contraer matrimonio. Ahora bien, en el ámbito médico privado, aunque se permite el acceso a este procedimiento a parejas homosexuales, el mismo no es viable en este país para aquellas conformadas por dos hombres y según el criterio de los expertos consultados a nivel nacional, la demanda por parte de parejas de mujeres representa aún un porcentaje muy reducido.

La duración del tratamiento para las personas que se someten a este protocolo de salud pública, es diferente en cada caso, al principio reciben una consulta con una persona especialista en medicina que les explica la atención general que se les va a brindar desde distintos departamentos y se les hacen referencias para todos los exámenes que deben realizarse para conocer cómo está su salud, entre esos los de tiroides, prolactina, resistencia a la insulina, entre otros y además se debe esperar a que se dé el ciclo normal de la mujer para que cuando le llegue la menstruación se le pueda hacer un ultrasonido de ovarios; los resultados se tienen generalmente a los tres meses después de la primera cita, luego de eso se valora la salud del paciente para ver si tienen que hacer algún cambio y se procede con las demás etapas. Según comentó la entrevistada, hay personas que a los seis meses de haber ingresado al programa se logran hacer la primera inseminación y otras que a los dos años aún no han empezado, esto principalmente por las condiciones de salud que no se mejoran lo suficiente para poder continuar con el curso de los tratamientos.

Después de esa primera cita, las parejas son referidas al departamento de Psicología en donde se les inscribe en una charla de inducción, esta charla se hace una vez al mes con una participación de entre 18 y 20 parejas nuevas y tiene una duración de al menos cuatro horas y es de asistencia obligatoria. En ella se recibe primero una charla con profesionales en Medicina donde se explica el protocolo y los tratamientos a los que se van a someter específicos para hombres y para mujeres, la medicación que se les brinda y sus efectos secundarios, las problemáticas médicas más comunes en hombres y mujeres, entre otras. Posterior a esa es la charla a cargo de Trabajo Social en donde se abordan los aspectos sociales que podrían mediar esta experiencia y la importancia de las redes de apoyo, y finalmente el espacio de Psicología en donde se abordan los temas y su impacto emocional

tanto individual como de pareja. Finalmente se abre un espacio para evacuar dudas, el cual generalmente se presta para que las y los participantes se abran a contar de su experiencia al ver que hay otras personas que también pasan por lo mismo. La entrevistada, indicó que ha sido tanta la demanda del programa a nivel nacional que antes se podía atender a los pacientes cada dos meses y ahora los espacios deben ser agendados con espacios de tres o cuatro meses. Las investigadoras tuvieron la oportunidad de participar de una de estas charlas introductorias y pudieron constatar el importante nivel de la demanda y la riqueza del espacio como modo de preparación para las parejas que ingresan al programa.

Tanto a esta charla introductoria como a las sesiones individuales de acompañamiento que brinda el Departamento de Psicología, es obligatorio asistir en pareja. Según lo que comentó la entrevistada algunas parejas llegan muy aprehensivas, siendo una reacción habitual el que los hombres nieguen el problema y presenten una mayor resistencia a participar, haciendo según su experiencia, notoria la diferencia en la motivación y compromiso que muestran las mujeres. Entre los temas que se abordan en esas sesiones de pareja, están la resolución de conflictos, manejo de emociones, técnicas para control de la ansiedad y se trata de verificar el curso y resultado de los exámenes médicos, sus percepciones sobre el curso del tratamiento y el grado de entendimiento y adherencia a las indicaciones médicas, esto con la intención de comprobar si efectivamente se han hecho los cambios en el estilo de vida que han sido señalados, tales como pérdida de peso, control de la alimentación, rigurosidad en la toma de medicamentos, lo que genera a veces mucha resistencia. De modo que el compromiso del servicio no solo radica en darles atención sino también seguimiento y brindar psicoeducación respecto a lo que implica llegar a ser usuarios de ese servicio, con el objetivo transversal de encauzar las altas expectativas que tienen la mayoría de pacientes, que consideran que por

empezar el protocolo en corto tiempo lograrán un embarazo. Lo cual concuerda en lo reportado por la población entrevistada para este estudio, tal como se podrá observar en el apartado de resultados.

Según lo explicado por la entrevistada, también se le da seguimiento y acompañamiento a las parejas que lograron tener hijos, como también a los que no lograron el embarazo pero sí terminaron el tratamiento, considerando de esta forma los procesos de duelo por los que atraviesa esta población. Se destaca que no hay cantidad límite de sesiones para atenderles debido a que esto depende de lo que dure el tratamiento. Este protocolo es también empático con los tiempos emocionales de las pacientes, ya que por ejemplo si se practicaron una inseminación y fracasó o hubo pérdida gestacional, las parejas pueden decidir si empezar o no el siguiente tratamiento en función de qué tan listas o no se sientan. En general el protocolo permite cuatro ciclos de IA como oportunidades para lograr el embarazo, si las condiciones de salud son óptimas. En el caso de que se cumplan los cuatro ciclos sin éxito o que durante la fase de diagnóstico médico se determine que las causas de la infertilidad sólo pueden ser tratadas mediante FIV, se les da de alta a los pacientes y se les explica que solo a nivel privado podrían tratarse, debido a que tal como se ha venido explicando, al momento de recolección de estos datos, el país apenas estaba en proceso de construcción de los protocolos y estrategias que darán a mediano plazo, la capacidad a la institución de ofrecer esta técnica. Por lo tanto, a pesar de que la Corte Interamericana de Derechos Humanos desde el año 2012 obligó al país a ofrecer este servicio por medio de los servicios de salud pública, a la fecha, las personas afectadas pueden solamente acceder a esta por medio de la atención privada, lo cual dependerá de sus condiciones económicas.

Asimismo, la profesional entrevistada reconoció que en Costa Rica se necesita mayor concientización e información sobre el proceso de la infertilidad, sus implicaciones y la diversidad de experiencias relacionadas, a su parecer falta sensibilización social y personal capacitado, reconociendo el papel de quienes han logrado capacitarse empíricamente y los que la CCSS va a capacitar pronto, en cuenta ella como representante de su departamento y de la disciplina en el país.

Por su parte, la psicóloga entrevistada que trabaja en el Hospital Calderón Guardia, comentó que en ese hospital se brinda atención a esta población, pero de una manera muy distinta a la anterior ya que ahí no está constituido aún, ningún protocolo, ni mucho menos un equipo interdisciplinario enfocado en infertilidad. Ella, después de seis años de trabajar en ese hospital en el departamento de Ginecología y con pacientes de oncología y Clínica del Adolescente, observó cómo se hacía necesario atender a la población diagnosticada con infertilidad, por lo que en año 2014 decidió dedicar un espacio de su consulta habitual a grupos de apoyo en este tema.

Al respecto comentó, que es un médico especialista en ginecología el que está a cargo del programa de atención por infertilidad, de modo que él es quien recibe a las y los pacientes y les indica los debidos exámenes de diagnóstico. Al parecer en este hospital también los pacientes deben ser valorados en otros departamentos como Nutrición. Cuando asisten a la primera cita, el médico ha empezado a referirles a Psicología para recibir, en este caso sesiones grupales informativas. Según lo que comenta la entrevistada, estas tienen una duración de dos horas y se realizan cada quince días, las cuales son sesiones únicas es decir que no se da continuidad de los temas de modo que a cada sesión pueden llegar personas nuevas sin que se altere la dinámica programada.

Ella aclaró que este es un espacio que a su modo de verlo no se considera como de psicoterapia, pero sí como de acompañamiento y psicoeducación. En las sesiones se abordan temas como los ideales asociados a la maternidad, técnicas de relajación, relación con las propias madres, enojo y envidia a otras mujeres embarazadas, entre otros. Y a diferencia del servicio ofrecido en el otro hospital nacional, a este asisten de forma independiente las mujeres, aunque también un requisito es que tengan pareja estable, no se les obliga a asistir con ellos. Solo existe el requisito de asistir en pareja en los casos particulares en donde al iniciar el proceso de tratamiento por infertilidad, se detectan situaciones que requieren atención previa, como por ejemplo violencia física y psicológica.

Según la entrevistada, en este programa, cuando las pacientes llegan a su consulta, suelen tener apenas una primera cita médica previa de modo que no han pasado por tratamientos aún, incluso algunas no tienen claro su diagnóstico. Esto es una situación problemática a su modo de verlo ya que de esto depende la importancia que se le dé a la asistencia de las sesiones grupales, situación que además se ve afectada por la falta de información clara al principio cuando se les entrega la referencia a Psicología ya que muchas no entienden por qué deben llevar un proceso en psicología si su condición es “médica”, es decir, que la referencia en muchas ocasiones se da en un momento tan inicial que las personas no han tenido la oportunidad de vislumbrar el tratamiento como el proceso largo que es, y en algunos casos para ese punto no han requerido el acompañamiento porque ni siquiera han tenido un diagnóstico, es decir en algunos casos, para ese momento ignoran que su dificultad para concebir es una condición en sí misma para la cual deberán recibir tratamiento.

En opinión de la entrevistada, un aspecto que ha afectado el servicio, es que las mujeres deben de trasladarse desde consulta externa del hospital, hasta la Clínica del Adolescente

para ser atendidas por ella debido a que su consultorio se encuentra situado en ese espacio físico. Esta clínica además de estar fuera del hospital, por lo que algunas se pierden y no llegan, tiene la visita constante de adolescentes embarazadas, de modo que para quienes ya recibieron el diagnóstico, es un ambiente sumamente sensible al cual prefieren no ir para evitar sentirse mal de ver a mujeres menores que ellas esperando un hijo, que en muchos de los casos no fue planeado. También, ella reconoce que en este programa no coinciden los ciclos psicológicos de las usuarias con los trámites administrativos, ya que el programa tiene tiempos claros programados que no se pueden obviar. Asimismo, otra limitante es que la única autorización para trabajar con estas mujeres es en grupo, ya que no hay recursos ni espacios designados para la atención individual.

Según comentó, los aspectos anteriores son el claro ejemplo de que esta es una iniciativa que apenas comienza a dilucidarse en esta institución, siendo esperanzador, que aunque falta trabajo por hacer la entrevistada, reporta que hay cada vez más apertura de otros especialistas para valorar el perfil y funciones del psicólogo reproductivo en el país.

Marco Jurídico sobre Derechos Sexuales y Reproductivos

Es importante hacer hincapié en el panorama jurídico que se encuentra en la base del tema en estudio para una comprensión integral del mismo, y dados los cambios en materia legal que ha tenido el país en los últimos años respecto al tema, las investigadoras consideraron necesaria su visibilización.

- *Marco Jurídico Internacional*

La infertilidad, es un tema asociado a los derechos sexuales y reproductivos por el derecho que tienen las personas de convertirse en padres y madres si así lo desean, así como poder tener acceso a un sistema de salud que les brinde todos los medios necesarios para poder cumplir ese deseo. Partiendo de esto, es que se vuelve importante recordar que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 fue la primera en hablar de Salud Sexual y Reproductiva así como de los Derechos Reproductivos, siendo que para ese entonces no se hablaba aún de los marcos jurídicos de los Derechos Sexuales como tales (A. Maroto, comunicación personal, 2015).

Entre los instrumentos jurídicos internacionales que velan por la lucha y defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos se encuentran la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) de 1981, la Conferencia de Viena de 1993, el Programa de Acción de Cairo de 1994, la Plataforma de Acción de Beijing de 1995, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1990, la Convención Iberoamericana de los Jóvenes del 2005 y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad del 2005 (Ministerio de Salud, 2011).

- *Caso FIV, Corte Interamericana de Derechos Humanos*

Tal como se anticipó al inicio de este apartado de contextualización nacional, otro precedente importante en materia legal respecto a los Derechos Sexuales y Reproductivos nacionales, fue la sentencia emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humano del 28 de noviembre del 2012, cuando declaró el fallo sobre el Caso N.º 12361, Artavia Murillo y otros contra el Estado de Costa Rica, por denegar este último la puesta en práctica de la

Fertilización In Vitro en el país, convirtiéndose en uno de los únicos tres países del mundo que lo prohibían, dicha prohibición se hizo desde el año 2000 por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia tras el decreto emitido por el Ministerio de Salud en 1995, en donde se indicó la regularización de la técnica en el país. Fue un precedente fundamental en los derechos sexuales y reproductivos, ya que en esta sentencia se declaró a Costa Rica responsable de haber violentado el derecho a la vida privada y familiar, el ejercicio de su integridad personal al ver afectada su autonomía y salud sexual, así como el derecho a beneficiarse de los avances científicos y tecnológicos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2012).

Este hecho, es un antecedente importante en materia legal para este estudio, ya que visibiliza una lucha del país, que tardó muchos años para ser resuelta y no es hasta el presente año que se empiezan a ver avances al respecto. Además, en sus planteamientos, se destacaban diversidad de temas vinculados con los principales ejes teóricos y hallazgos de esta investigación, y es por estas razones que interesó a las investigadoras destacar algunas de las premisas del documento que aun cuando ya fue aceptado, su impacto en ese momento generó graves consecuencias en la población afectada. Tal y como se expresa en su párrafo 147:

147: “En tercer lugar, la Corte resalta que, en el marco del derecho a la integridad personal, ha analizado algunas situaciones de particular angustia y ansiedad que afectan a las personas, así como algunos impactos graves por la falta de atención médica o los problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos en salud. En el ámbito europeo, la jurisprudencia ha precisado la relación entre el derecho a la vida privada y la protección de la integridad física y psicológica. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha señalado que, si bien el Convenio Europeo de Derechos

Humanos no garantiza como tal el derecho a un nivel específico de cuidado médico, el derecho a la vida privada incluye la integridad física y psicológica de la persona, y que el Estado también tiene la obligación positiva de garantizar a sus ciudadanos esa integridad. Por tanto, los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica”.

En esta misma línea, la Corte utilizó el concepto de “Daño Inmaterial” para definir aquello que afecta a estas personas desde una perspectiva no monetaria sino de salud, principalmente en cuanto a la afección emocional y psicológica, de esta manera, establece en sus párrafos 361 y 363 que:

361. La Corte ha desarrollado en su jurisprudencia el concepto de daño inmaterial y ha establecido que éste “puede comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”.

363. En el presente caso, el Tribunal recuerda que el daño en el presente caso no depende de si las parejas pudieron o no tener hijos (*supra* párr. 350), sino que corresponde al impacto desproporcionado que tuvo en sus vidas el no poder ejercer de manera autónoma sus derechos (*supra* párrs. 317). Como quedó comprobado en

el capítulo VIII, se han acreditado en este proceso los sentimientos de angustia, ansiedad, incertidumbre y frustración, las secuelas en la posibilidad de decidir un proyecto de vida propio, autónomo e independiente.

En segundo lugar, la resolución toma en cuenta la variable de género como un aspecto determinante en estas situaciones, aspecto también fundamental en esta investigación, la cual buscó posicionarse desde las diferencias en las afecciones a raíz de la infertilidad debidas a las diferencias en la construcción social del género, resultando que el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, tiene un fuerte impacto tanto en el hombre como en la mujer pero ese impacto es diferenciado. Respecto a esto, este documento aporta en sus párrafos 294, 295, 296, 298 y 299, afirmando que:

294. La Corte considera que la prohibición de la FIV puede afectar tanto a hombres como a mujeres y les puede producir impactos desproporcionados diferenciados por la existencia de estereotipos y prejuicios en la sociedad.

295. Respecto a la situación de las mujeres infértiles, el perito Hunt explicó que “en muchas sociedades se le atribuye la infecundidad en gran medida y en forma desproporcionada a la mujer, debido al persistente estereotipo de género que define a la mujer como la creadora básica de la familia”. Citando las conclusiones de investigaciones del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señaló que: la responsabilidad por la infecundidad es comúnmente compartida por la pareja. [...] Sin embargo, por razones biológicas y sociales, la culpa por la infecundidad no es compartida en forma equilibrada. La carga psicológica y social de la fecundidad, en la mayoría de las

sociedades, es muy superior sobre la mujer. La condición de una mujer se identifica con frecuencia en su fecundidad, y la falta de hijos puede ser vista como una desgracia social o causa de divorcio. El sufrimiento de la mujer infecunda puede ser muy real”.

296. La Corte observa que la OMS ha señalado que, si bien el papel y la condición de la mujer en la sociedad no deberían ser definidos únicamente por su capacidad reproductiva, la feminidad es definida muchas veces a través de la maternidad. En estas situaciones el sufrimiento personal de la mujer infecunda es exacerbado y puede conducir a la inestabilidad del matrimonio, a la violencia doméstica, la estigmatización e incluso el ostracismo.

298. Por otra parte, la perita Neuburger explicó que “[e]l modelo de identidad de género es definido socialmente y moldeado por la cultura; su posterior naturalización obedece a determinantes socioeconómicos, políticos, culturales e históricos. Según estos determinantes, las mujeres son criadas y socializadas para ser esposas y madres, para cuidar y atender el mundo íntimo de los afectos. El ideal de mujer aún en nuestros días se encarna en la entrega y el sacrificio, y como culminación de estos valores, se concreta en la maternidad y en su capacidad de dar a luz. [...] La capacidad fértil de la mujer es considerada todavía hoy, por una buena parte de la sociedad, como algo natural, que no admite dudas. Cuando una mujer tiene dificultades fértiles o no puede embarazarse, la reacción social suele ser de desconfianza, de descalificación y en ocasiones hasta de maltrato. [...] El impacto de la incapacidad fértil en las mujeres suele ser mayor que en los hombres, porque [...] la maternidad le[s] ha sido asignada como una parte fundante de su identidad de

género y transformada en su destino. El peso de su autoculpabilización aumenta en un grado extremo cuando surge la prohibición de la FIV [...]. Las presiones familiares y sociales constituyen una carga adicional que incrementa la autoculpabilización”.

299. Por otra parte, si bien la infertilidad puede afectar a hombres y mujeres, la utilización de las tecnologías de reproducción asistida se relaciona especialmente con el cuerpo de las mujeres. Aunque la prohibición de la FIV no está expresamente dirigida hacia las mujeres, y por lo tanto aparece neutral, tiene un impacto negativo desproporcional sobre ellas.

En tercer lugar, la Corte por medio de su resolución, también ponía en evidencia la influencia de la variable económica como forma de discriminación y desigualdad en esta situación. El párrafo 304 argumenta que:

304. El señor Mejías Carballo, en su testimonio durante la audiencia pública ante esta Corte, declaró que él y su ex esposa se sintieron “muy tristes [...] porque no podía salir a otro país porque no tenía el dinero, ya no podía acá en Costa Rica porque lo habían prohibido”. En su declaración jurada, la señora Artavia Murillo indicó que ella y su ex pareja se sintieron “totalmente desesperados y con tremendas frustraciones, comenzaron a tener muchas diferencias entre [ellos] al ver truncadas las esperanzas de ser padres, asociado a la imposibilidad de ir al extranjero a realizarme tal práctica por falta de dinero, conllevando con ello una disminución efectiva de la utilidad individual y por tanto una pérdida neta de [su] bienestar social”. Ana Cristina Castillo León explicó que “no tenía[n] los recursos económicos

necesarios para ir al extranjero en busca de una FIV”. Asimismo, el señor Vargas expresó que “la única alternativa a considerar era viajar a España o Colombia a practicar la FIV, sin embargo los costos asociados se triplicaban para [ellos] y sencillamente [se] senti[eron] vencidos, discriminados y castigados por un Tribunal que [les] cercenaba la posibilidad de acceder a un tratamiento médico que en el resto de los países del mundo era permitido”.

Los planteamientos anteriores, hacen un llamado a la justicia social para que se pudiera atender a las personas que estaban siendo afectadas en ese momento ante la falta de resolución de la Corte y otros que seguirían afectándose a raíz del mismo diagnóstico. Al respecto, la Sala Constitucional también declaró en ese momento que el argumento económico para no dar respuesta a todos los derechos en materia de salud era inválido, por lo que la falta de recursos no era justificación para la no implementación de las TRA que dan respuesta al derecho a la salud, en este caso reproductiva. En ese momento, como no había una respuesta del Estado costarricense para hacer valer los derechos de las personas afectadas, la resolución de la Corte indicó una serie de medidas correctivas que se le debían asignar al país entre esas: a) capacitación de personal en las áreas judicial y médica, b) medidas de rehabilitación psicológica para los afectados; c) medidas de satisfacción las cuales consistían en la publicación de la sentencia para el conocimiento de toda la población del país, dando acceso al conocimiento de sus derechos para su posterior reclamo; d) garantías de no repetición las cuales son medidas estatales legales que no impidan la práctica de la técnica y campañas sobre los derechos de las personas con discapacidad reproductiva para concientizar a la población y empoderar a los afectados en cuanto a sus derechos y e) la

debida indemnización compensatoria por el daño material e inmaterial causado (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2012).

- *Resolución de la Corte del 26 de febrero del 2016*

Cabe destacarse que, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) los derechos sexuales y reproductivos que están garantizados en nuestro país y que a la vez argumentan en favor de la legalización e implementación de las TRA se encuentran: a) el derecho a la salud, como parte de la salud integral a la que todo ser humano tiene derecho, dentro de ella la salud reproductiva que abarca la capacidad de procrear; de modo que si no se da solución a las distintas necesidades de las personas con infertilidad para que puedan reproducirse se está violando su derecho al disfrute de una salud plena, por lo que este derecho incluye la atención eficiente a los problemas de fertilidad; b) el derecho a la libertad personal, sobre este las TRA dan respuesta al derecho de las personas a tomar decisiones libres sobre los procedimientos a los que quieren o no someterse y a escoger el medio por el cual desean procrear; c) el derecho a decidir el número de hijos y el derecho a fundar una familia, y si no se da una posibilidad eficaz para dar soluciones a los problemas de fertilidad, se limita el derecho de las personas a decidir el número de hijos y a formar la familia que desean; d) el derecho a la no discriminación, en donde las personas con problemas de fertilidad tienen derecho a soluciones que les permitan reproducirse como parte del goce a una salud integral sin discriminación, y en tanto no se les brinda una respuesta integral y eficaz a su problema, se les está haciendo víctimas de discriminación; e) el derecho a la información adecuada y oportuna, la cual es limitada porque la mayor parte de la discusión en contra de la legalización e implementación de las TRA se basa en creencias religiosas subjetivas y sesgos morales, lo cual limita el derecho a las personas a recibir información

veraz y objetiva sobre estos temas; y f) el derecho a disfrutar de los avances y desarrollos tecnológicos y científicos, y al respecto las TRA constituyen tratamientos oportunos e innovadores para el diagnóstico de la infertilidad, a los que las personas con este problema tienen derecho a decidir someterse o no basándose en el disfrute de su autonomía y el Estado debe proveerles esta oportunidad de decidir (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016).

Después de 16 años de lucha, según el documento de la Supervisión del cumplimiento de la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre el caso Artavia-Murillo y otros contra el Estado de Costa Rica, del 26 de febrero del 2016, el Poder Ejecutivo costarricense autorizó la práctica de la FIV, comprometiéndose a garantizar así los derechos de las personas diagnosticadas con infertilidad. Esta indicación, permite tanto clínicas como hospitales privados brindar el servicio de forma inmediata una vez que cumplan con los requerimientos del Ministerio de Salud, en tanto: personal capacitado, infraestructura y protocolos necesarios. A la fecha de esta investigación, en el país solo dos centros privados cuentan con esta autorización, y por su parte, la CCSS la cual tenía a partir de ese momento un máximo de dos años para prepararse totalmente y empezar a ofrecer sus servicios, aún se encuentra en preparativos para poder brindar este servicio, el cual estará inicialmente centralizado en el Hospital Adolfo Carit Eva con la construcción de una Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad (UMRAC) (Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016).

- *Marco Jurídico Nacional*

Dado el avance tan importante que ha tenido el país en materia de derechos sexuales y reproductivos, las investigadoras también se dieron a la tarea de revisar diferentes instrumentos que encaminan hacia una política de sexualidad, entre los que destacan La Ley General de Salud, la Ley de Derechos y Deberes de Personas Usuarias de servicios de salud, Ley contra la Violencia Doméstica, la Ley General de la Persona Joven, la Ley de Protección Integral a la Madre Adolescente, la Ley de Igualdad de Oportunidades para personas con Discapacidades y el Decreto sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales 27913-S promulgado en 1999 (Ministerio de Salud, 2011). Vale destacar que todos estos instrumentos visibilizan la importancia de la atención y vivencia integral de la salud sexual y reproductiva de los usuarios específicos a los que remite en un marco de respeto y atención a las necesidades particulares de cada uno. Sin embargo, ninguno de ellos menciona el tema de la atención a la infertilidad o visibiliza la RMA como vías posibles ante este diagnóstico, ni siquiera el último decreto el cual además lleva por nombre específico el tema de interés, en este, se mencionan tres planes nacionales existentes los cuales se enfocan en equidad de género, explotación sexual y VIH, lo cual refleja la falta de cobertura que se da sobre la totalidad de los derechos sexuales, permitiendo observar la tendencia de estos documentos a enfocarse exclusivamente en la prevención de estos, invisibilizando los aspectos relacionados al incentivo de la práctica responsable de la autonomía para tomar decisiones en cuento a los derechos especialmente reproductivos.

También se hizo una revisión de la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 propuesta por el Ministerio de Salud (2011) en la cual se habla sobre el compromiso político de fomentar el desarrollo integral de los ciudadanos costarricenses, validando la sexualidad como un

derecho, de modo que se plantea la necesidad de crear políticas públicas que protejan y promuevan la sexualidad integral, para esto refieren al término “ciudadanía sexual” el cual refiere a que el Estado debe atender las necesidades de sus ciudadanos en este aspecto promulgando también mayor información para lograr sensibilización social respecto al tema y aunque tiene un apartado exclusivo sobre derechos sexuales y reproductivos lo único que se menciona, es sobre el derecho a la reproducción pero no hace mención a la posibilidad de la presencia de infertilidad o uso de TRA en la ciudadanía. Otras políticas vinculadas al tema de derechos sexuales y reproductivos pero que tampoco abordan los temas de interés de la presente investigación por su enfoque específico en otras áreas son la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, el Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial 2008-2010, la Política Nacional de VIH y Sida y el Plan Estratégico Nacional VIH y Sida 2011-2015, la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2021 y la Política Pública de la Persona Joven 2010-2013 (Ministerio de Salud, 2011).

Asimismo, se revisó la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y en ella se contemplaban temas como educación para la sexualidad, natalidad, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual, servicios de salud reproductiva, consumo de tabaco y embarazo, y de nuevo hay una ausencia absoluta de la mención del tema de la infertilidad y de los procedimientos de RMA (Asociación Demográfica Costarricense, 2015).

Y finalmente, se hizo una consulta a la Asociación Demográfica Costarricense para ver si se abordaba el tema o idealmente se tenían estadísticas alusivas a la cantidad de personas, hombres o mujeres, diagnosticados por año en el país, y tampoco se mencionaba nada. En su

página, aparece una ventana que lleva por nombre Derechos Sexuales y Reproductivos y de ella se despliega un archivo de la Federación Internacional de Paternidad Planeada (IPPF), la cual es una organización internacional que trabaja en asegurar que las personas tomen sus propias decisiones sobre su salud y sexualidad, pero en el mismo se habla sobre la vivencia integral de la sexualidad, la no discriminación, el respeto y la protección de estos derechos, pero de nuevo tampoco se hace alusión al tema que interesa destacar (International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2008).

- *Consideraciones finales*

Según el recorrido por todos los temas abordados en este apartado es necesario visibilizar el avance que ha tenido el país en el ámbito de la medicina reproductiva. Sin embargo, ese avance no ha sido fácil, ya que como lo recuerda Díaz (2012) la toma de esas decisiones depende en su mayoría del parecer de quienes se encuentran legislando el país, y en la medida en que interese a los diputados, determinado tema, será incluido o no como parte de la agenda legislativa del país. Esta autora, menciona que específicamente el tema de la sexualidad y la reproducción nunca fue de los mejor recibidos en la Asamblea Legislativa y que incluso en determinado momento, una diputada presentó un proyecto de ley para incluir en la Ley General de Salud un apartado sobre derechos y salud sexual y reproductiva, sin embargo nunca fue de suficiente relevancia.

A pesar de los avances en el tema, específicamente con la aprobación de la aplicación de la FIV, siguen quedando vacíos que necesitarán irse trabajando en la medida que la información esté más al alcance de las personas, así como que los protocolos de atención sobre TRA y otros procedimientos de RMA se vuelvan más comunes y accesibles a todos. Esto también,

permitirá la actualización de políticas, decretos o manuales psicoeducativos en donde esta no sea una temática ignorada, como se pudo ver en la revisión de normativa jurídica internacional y nacional; de modo que sigue siendo un reto para el país trabajar en una mayor comprensión de las experiencias asociadas a esta condición, así como más sensibilización con la población que la presenta.

Lamas (2007) considera que hay tres derechos fundamentales: el derecho a la vida, a la igualdad y a la libertad. Partir de estos derechos, para decidir sobre las propias acciones respecto al tema de la vida, hace a las personas más responsables y a su entorno más democrático. Esa democracia, es la que permite aceptar que las concepciones y acciones de las personas, pueden irse transformando conforme pasan los años, dando lugar a nuevas estrategias para atender sus necesidades. Pensar en libertad y en vida es pensar en el propio cuerpo y la posibilidad de decidir sobre el propio cuerpo es trascendental, más en una sociedad en la que esta estructura representa mucho más que un aspecto físico, sino que además posee connotaciones psicológicas, culturales e históricas. Bajo esta premisa, la libertad de decidir sobre el propio cuerpo para generar vida, es el derecho que subyace en las intenciones y acciones de quienes han sido diagnosticados con infertilidad.

Finalmente, además de comprender esta situación enmarcada en un contexto de derechos humanos es importante indicar otras visiones distintas que han planteado el problema de la infertilidad desde un enfoque económico de beneficio social. Por ejemplo Ferrero (2012) considera que el no atender la infertilidad como un problema de salud pública de carácter prioritario en el país, podría ir generando un fenómeno en el cual la sociedad empezará a envejecer a ritmos acelerados, esto por el déficit en las tasas de fecundidad y por ende la evidente menor cantidad de hijos por mujer en edad fértil, complicándose así la prevalencia

de las cifras mínimas necesarias para que pueda darse el reemplazo poblacional. En su opinión, si esto sucede, es capaz de ocasionar un impacto negativo sobre la sostenibilidad de la economía y por ende del sistema de seguridad social del país. Al respecto valga mencionar que este argumento “demográfico”, no parte ni se defiende desde los derechos humanos sino por el contrario de una visión económica del fenómeno que pretende diagnosticar exclusivamente lo que el colectivo social requiere para la creación e imposición de políticas de fomento o de limitación de la reproducción, ignorando completamente la vivencia y percepciones individuales y en pareja que se ven violentadas y que tienen importantes secuelas.

CAPITULO II

Antecedentes Investigativos

➤ Antecedentes Internacionales

Es importante reportar que cada vez es mayor la preocupación porque el tema de la infertilidad a nivel mundial sea abordado desde una evaluación e intervención basadas en evidencia, lo que ha permitido sentar las bases para que también la comunidad iberoamericana incremente paulatinamente las investigaciones y desarrollos teóricos regionales específicos en el área de la psicología de la reproducción. Entre las principales investigaciones antecedentes se encuentran las de autores como de Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores (2008), Moreno-Rosset (2009), Roca y Giménez (2012), Moreno-Rosset, Ávila, De Castro-Pita y Rodríguez-Muñoz (2015), entre otras.

Específicamente sobre el avance teórico relacionado a la infertilidad, los tratamientos de reproducción asistida y los aspectos biopsicosociales asociados, han sido realizadas varias investigaciones por diversos autores como Palacios y Jadresic (2000), Domínguez (2002), Roa (2007), Campagne (2008), Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores (2008), Moreno-Rosset (2009), Viera (2011), Izzedin-Bouquet (2011) y Moreno-Sánchez (2012). Estos investigadores e investigadoras, reportaron que múltiples estudios han evaluado el impacto que tiene en la persona el diagnóstico de la infertilidad, describiendo esto como una crisis vital a la cual contribuyen muchos factores y que se traduce en un desgaste emocional por el carácter cíclico de sus tratamientos, donde se repite constantemente la vivencia de esperanza y fracaso. Según los autores, han encontrado en estos individuos sentimientos de inadecuación, desesperación, pena, miedo, pérdida de la libido y secuelas sobre el

autoconcepto, inestabilidad emocional, culpa, depresión, ideación suicida y presencia de trastornos psicofisiológicos.

A lo anterior, Palacios, Jadresic, Palacios, Miranda y Domínguez (2002), y Ramírez-Uclés, Del Castillo-Aparicio, y Moreno-Rosset (2015) encontraron en sus investigaciones la presencia de estados emocionales caracterizados por ansiedad y rabia los cuales argumentan se manifiestan diferente según sea el género. Sin embargo, Moreno-Rosset y Martín (2009) analizaron en su trabajo que existen contradicciones generales en los datos publicados con población diagnosticada, ya que en algunos casos se han reportado mayores estados ansiosos en ésta que en la población en general, mientras que en otros no se han encontrado diferencias significativas. Ahora bien, autores como Llavona (2008) y Muñoz, Forns, Kirchner, Peñarrubia y Balasch (2012) concordaron con la influencia de la edad y además Roa (2007) aportó a esto que según su investigación, que son más vulnerables las parejas que presentaban limitaciones en sus recursos psicológicos y financieros, ausencia de redes de apoyo, negación de la infertilidad y estilo evasivo en el enfrentamiento de los problemas, factores que incidieron en el resultado de las técnicas.

Del mismo modo, Del Castillo, Moreno-Rosset, Martín y Ramírez-Uclés (2009) y Direkvand-Moghadam, Delpisheh y Direkvand-Moghadam (2014) encontraron que las mujeres con infertilidad presentaban niveles de desajuste emocional, mayores que las mujeres fértiles y que los hombres infértiles. Igualmente, Muñoz, Forns, Kirchner, Peñarrubia y Balasch (2009) analizaron los estresores relacionados con la infertilidad según el sexo, encontrando que las parejas, especialmente las mujeres presentaban mayores niveles de estrés a medida que incrementaban los intentos de tratamiento y consideraban la

infertilidad como un problema de cuyas causas se sienten responsables y culpables, lo cual además concuerda con los desarrollos de Borrás (2006) y Parada (2006).

No obstante, Antequera, Moreno, Jenaro y Ávila (2008) resaltaron la existencia de un elevado porcentaje de parejas que no padecían alteraciones emocionales ante el diagnóstico y los diferentes procedimientos de RMA, o disponían de los recursos adaptativos para superarlas, señalando la heterogeneidad en esta población y variables moduladoras de la aparición y gravedad de las alteraciones como son la predisposición a la ansiedad, el tipo de infertilidad, el tiempo invertido en el diagnóstico y tratamiento, la influencia de los fármacos en el estado emocional, o como aporta Pedro (2015) el uso de estrategias de afrontamiento, o también de acuerdo a Yu, Peng, Chen, Long, He, Li y Wang (2014) la capacidad de resiliencia y el apoyo social.

Por su parte, otros desarrollos teóricos como los de Urdapilleta (1999) y Giménez (2012) coincidieron en algunas de las razones del impacto psicológico posterior a procedimientos de RMA, las cuales además habían sido encontradas por otros autores como se mencionarán a continuación. Entre esas las autoras mencionaron el experimentar incomodidad física por los procedimientos invasivos y efectos secundarios de la medicación, las fluctuaciones emocionales generadas por la influencia hormonal, lo cual se vio reportado también en Leibowitz y Hoffman (2000), asimismo el deber comprender un lenguaje técnico médico para tomar decisiones, el temor a fracasar, el no tener seguridad en el resultado, el vivir el tratamiento como una última esperanza, la toma de decisiones ética y emocionalmente complejas durante el tratamiento, la presión en cuanto al manejo de la información que deben o no brindar a la sociedad (Moreno, 2012), la incertidumbre de los tiempos del tratamiento al depender de la respuesta física de cada paciente, la interrupción de trabajos y actividades

sociales por el tratamiento y por el estado anímico que los aísla (Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad y Lalos, 2007), la dicotomía entre las tasas de éxito y las expectativas, así como la sensación de falta de control sobre lo que les sucede (Muñoz, Forns, Kirchner, Peñarrubia y Balasch, 2012).

Asimismo, Llavona (2008), Moreno-Rosset (2009) y Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez (2009) destacaron que la edad hace que las mujeres se sometan al estrés adicional del límite de tiempo biológico para concebir. Otros estresores son el tiempo de espera que demanda el tratamiento y la falta de conocimiento sobre las tasas de éxito, lo que aumenta las expectativas y posteriormente la desilusión. También estos mismos autores, en concordancia con Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera-Jurado y Flores (2008) indicaron que es especialmente relevante el número de personas con las que las parejas expresaban su problemática, señalando la importancia del apoyo social. Estos mismos autores, encontraron que más de la mitad de mujeres de su muestra que habían comenzado los procedimientos de RMA, presentaron ansiedad y depresión.

De igual manera, Llavona (2008) analizó la infertilidad como una situación clínica atípica que pasaba a ser problema no en cuanto a la disfunción biológica sino en el momento en que impedía una meta de vida importante. Del mismo modo, Domínguez (2002) encontró que la infertilidad es percibida como amenaza a importantes dominios del desarrollo psicológico o de los roles sociales. Además, señaló que la respuesta emocional de uno de los miembros de la pareja influye directamente en la del otro y que dichas respuestas pueden variar a lo largo del tratamiento, por aprendizaje de recursos de afrontamiento o a razón de la desesperanza; lo cual tiene especial importancia en relación a lo desarrollado por Parra (2012) respecto a los procesos de duelo que surgen ante la diversidad de pérdidas que la dificultad para tener

un hijo conlleva, las cuales según sus aportes pueden ser: pérdida por la posibilidad de tener un hijo biológico, en la que se conjugan el deseo y la falta la vinculación en la pareja. También, la pérdida de la posibilidad de satisfacción física y emocional mediante la experiencia del embarazo y el nacimiento; pérdida de control del tipo de actuaciones correctas para conseguir un fin; pérdida sobre la autopercepción de un organismo sano o apto para la reproducción, lo que según sus conclusiones se traduce en una sensación de fracaso y angustia. Valga señalar que entre los aportes que hizo, describió las etapas del duelo que vive una pareja diagnosticada con infertilidad, las cuales iban desde shock, enfado, negociación, desesperanza hasta la aceptación y búsqueda de alternativas, lo cual concuerda también con Guerra y Tirado (2007).

➤ **Antecedentes Nacionales**

A nivel nacional, hay pocas investigaciones que abordan el tema de la infertilidad, esto podría deberse a que hasta hace pocos años, Costa Rica empezó a movilizar recursos económicos, sociales y políticos para visibilizar las prácticas a las que podían acudir las personas para atender de manera más integral sus derechos sexuales y reproductivos. Cabe destacarse, que algunas de esas investigaciones existentes tienen un abordaje médico, que si bien no corresponden al enfoque de esta investigación, se hace importante reportarlas dada la poca evidencia de este tipo de información a nivel nacional y la importancia de algunos de sus resultados concordantes con lo encontrado en la población entrevistada.

La primera, de Gones y Yow (2006) para optar por el posgrado en Ginecología y Obstetricia del CENDEISSS realizada en la Universidad de Costa Rica, consistió en un estudio observacional-descriptivo-retrospectivo y prospectivo que tuvo como objetivo conocer las

causas de infertilidad en parejas atendidas en la Unidad de Infertilidad del Servicio de Ginecología del Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva, del año 2004 al 2005. Trabajaron con 326 expedientes clínicos, en dicha unidad y entre sus resultados destacaron respecto a las mujeres que, el 69% fue diagnosticado con infertilidad primaria, el tiempo de evolución promedio fue de cuatro años (de 1 a 16 años, con una moda de 3 años), el factor más frecuente fue el tuboperitoneal con 28,5%, en segundo lugar el factor ovulatorio con un 27,0%, en tercer lugar el factor mixto equivalente a un 17,5% y en cuarto lugar un factor inexplicado del 15,3%. Además la endometriosis tuvo una proporción del 39% asociada a la causa de la infertilidad. Ahora, en lo que respecta a los hombres se detectó el origen de la infertilidad en un 11,7% de la población estudiada y las principales razones asociadas fueron astenospermia con 52,6%, oligoastenoospermia con 23,7%, oligospermia con 2,6%, azoospermia con 13,2%, y otras razones con 7,9% (Gones y Yow, 2006).

La segunda investigación es de los autores Brenes y Montero (2013), para optar por el posgrado de Ginecología y Obstetricia del CENDEISSS realizado en la Universidad de Costa Rica, consistió también en un estudio de tipo observacional-descriptivo-restrospectivo, que se enfocó en la revisión de expedientes médicos de 233 parejas que fueron atendidas en el Hospital México en la consulta de infertilidad durante el periodo de enero a diciembre del año 2010, con el objetivo de identificar los principales factores de riesgo que presentaban en dicha consulta (Brenes y Montero, 2013). Como parte de sus resultados, los cuales permitieron determinar el perfil de los pacientes, se obtuvo que la infertilidad primaria fue el tipo más frecuente reportado en los expedientes, correspondiendo a un 67,4%. Asimismo, al analizar la frecuencia con las que se presentaron los distintos factores de riesgo para las mujeres, el factor ovulatorio fue el más presente en 67 de ellas con un 41,6% de los casos,

documentándose como el factor más frecuente, seguido por el factor tubo-peritoneal en el 29,6% (Brenes y Montero, 2013). Siguiendo con los resultados de estos autores, en el caso de los hombres, la presencia del diagnóstico se dio en un 27,9% de los casos y la alteración determinada como más frecuente fue el bajo conteo de espermatozoides que es denominado oligoespermia, o el nulo conteo de los mismos denominado como azoospermia en 45 de las parejas evaluadas correspondiente a un 70,3%, con alteraciones en la morfología un 17,2% y con alteraciones en la movilidad un 12,5% de los casos. También, de manera generalizada, en esa investigación hubo un factor inexplicado del origen de la infertilidad en un 12% de la población estudiada (Brenes y Montero, 2013).

Ahora, en lo que respecta a las investigaciones realizadas desde Psicología, destacaron tres antecedentes. Cabe visibilizar que, aunque las siguientes tres investigaciones pertenecen a la misma disciplina, tenían enfoques teóricos muy distintos entre sí. La primera, es el Trabajo Final de Graduación realizada en la Universidad de Costa Rica, por Mata y Sáenz (2003), que con un enfoque de Psicología Cognitivo-Conductual se centró en la realización de un estudio exploratorio para conocer la vivencia del estrés a causa de la infertilidad, datos que tenían la intención de la construcción de un manual para la intervención clínica de profesionales en Psicología. En ese estudio identificaron los elementos cognitivos, conductuales y emocionales relacionados, los estresores y las áreas de la vida que se ven afectadas en las personas infértiles. Como resultados encontraron influencia de estos estresores: déficit de información, valoración negativa del servicio del equipo médico y las demandas asociadas al rol del hombre y de la mujer, relacionadas con la paternidad y la maternidad. En cuanto a esto último, los autores destacaron resultados sobre la afectación del área personal al presentarse una autovaloración negativa, así como el desarrollo de

sentimientos y pensamientos de autocompasión. A nivel de pareja señalaron la dificultad para establecer empatía y asertividad entre los miembros. En el área familiar y social, identificaron un malestar emocional ante la imposibilidad de cumplir con las expectativas de procreación. Y finalmente, en el área laboral, señalaron que algunas mujeres dejaban su actividad laboral para cumplir con su rol de madres antes de quedar embarazadas. Además, destacaron las emociones vinculadas a la experiencia de la infertilidad como la ira, frustración, ansiedad, angustia, culpa y depresión (Mata, Sáenz y Ramírez, 2007).

La segunda investigación nacional de esta área corresponde al TFG de Calderón (2015) para optar por el posgrado en Psicología Clínica del CENDEISSS realizada en la Universidad de Costa Rica, la cual tuvo como enfoque metodológico la revisión bibliográfica y señaló por objetivo la identificación de los factores psicológicos vinculados a la condición de infertilidad así como las técnicas de reproducción asistida que se aplican tanto a nivel nacional como internacional según las publicaciones sobre el tema. Entre sus conclusiones destacó la confirmación de la escasa información disponible sobre el tema enfocada en los hombres, resaltando que estas generalmente se han centrado en las mujeres. Asimismo, indica que la intervención de la Psicología y los profesionales capacitados, es urgente para que se les pueda dar contención a quienes lo ameritan contemplando su género e historial sociocultural previo, lo que según sus conclusiones influye en las tasas de éxito o fracaso de los tratamientos. De igual manera, visibilizó la ausencia de protocolos de atención a esta población, que harían de su abordaje, uno más respetuoso y comprensivo de su condición (Calderón, 2015).

Y la tercera investigación, corresponde al TFG de Ortiz (2015) para optar por el grado de Licenciatura en Psicología realizada en la Universidad de Costa Rica, con un abordaje desde

la Psicología Social bajo una articulación de los aportes del Psicoanálisis, Feminismo y Psicología Histórico-Cultural, con el afán de comprender los procesos de constitución de la subjetividad, maternidad, feminidad y sexualidad femenina. Esta investigación tuvo un enfoque cualitativo y un alcance exploratorio y tuvo por objetivo comprender las vivencias de cuatro mujeres usuarias del programa de Reproducción Humana del Hospital Nacional de las Mujeres Adolfo Carit Eva. Sobre su objetivo se concluyó que las vivencias de las mujeres estuvieron mediadas por mandatos ideológicos, culturales y sociales; resaltando también la experiencia del tratamiento como desgastante física y emocionalmente para ellas y el impacto que generó hizo que se vieran afectados aspectos variados como su proyecto de vida, la relación de pareja y su propia identidad como personas y como mujeres (Ortiz, 2015).

A modo de conclusión de este apartado, se debe reconocer que las investigaciones son claras en demostrar que enfrentarse al diagnóstico de infertilidad resulta un evento invasivo y crítico para quienes lo experimentan, razón por la que los avances técnicos médicos así como la intervención integral basada en evidencia de distintos profesionales, son trascendentales para enfrentar esta experiencia de la mejor manera posible y con el menor impacto en todas las áreas en las que se desenvuelven los sujetos diagnosticados y sus parejas. Por lo que, continuar investigando resultó importante para determinar si el desajuste emocional y sus secuelas asociadas entre otros aspectos, se vinculan directamente con las interpretaciones que las personas hacen de su diagnóstico, basándose en los antecedentes biopsicosociales que determinan dichas cogniciones, considerando particularmente la diferencia en hombres y en mujeres y la comparación del individuo como tal, versus la pareja como conjunto y su relación con las construcciones sociales, tal como pretendió la presente investigación.

Problema de Investigación

Pregunta

¿Cuáles son las interpretaciones que hacen los hombres, las mujeres y las parejas, del diagnóstico de infertilidad en relación a antecedentes biopsicosociales y las consecuencias que de dichas interpretaciones se generan?

Objetivos de Investigación

Objetivo General:

Analizar las interpretaciones que hombres, mujeres y parejas, hacen del diagnóstico de infertilidad en relación a antecedentes biopsicosociales y las consecuencias que de dichas interpretaciones se generan.

Objetivos Específicos:

1. Instruirse teórica y metodológicamente en las temáticas vinculadas a la infertilidad, los antecedentes biopsicosociales que influyen en las reacciones ante el diagnóstico, las consecuencias que de éstas se generan y el papel de la Psicología ante esto.
2. Indagar posibles antecedentes biopsicosociales de las interpretaciones que hombres, mujeres y parejas, hacen del diagnóstico de infertilidad.
3. Describir las interpretaciones que hombres, mujeres y parejas, hacen del diagnóstico de infertilidad.
4. Identificar las consecuencias que se generan de las interpretaciones que hombres, mujeres y parejas, hacen del diagnóstico de infertilidad.
5. Contrastar las interpretaciones del diagnóstico de infertilidad con los antecedentes y consecuencias de éstas entre hombres, mujeres y parejas.

CAPITULO III

Marco Metodológico

Al tratarse de un Seminario de Graduación como modalidad de Trabajo Final de Graduación (TFG), el proceso académico llevado a cabo fue tanto de instrucción teórico-metodológica como de una investigación aplicada, por tanto a continuación se explicarán los aspectos relativos a la estrategia metodológica de cada uno de estos momentos, siguiendo por tanto una lógica cronológica.

Se debe iniciar por indicar, que ambos procesos antes mencionados, se construyeron en torno al mismo problema de investigación, el cual fue abordado por ambas sustentantes según los tres ejes correspondientes a las tres poblaciones diferentes en estudio. Cada una de las estudiantes se encargó de una población: hombres y mujeres y entre ambas fueron responsables de analizar lo pertinente a la población de parejas. En la primera fase de este TFG, denominada por las investigadoras como “instrucción teórico-metodológica”, las sustentantes establecieron un plan de trabajo por clases o reuniones de discusión, cuyas temáticas fueron escogidas a partir de la revisión de antecedentes teóricos. Esta escogencia consistió en enlistar todos aquellos temas vinculados directa o indirectamente con la temática de la infertilidad que pudieran estudiarse para tener una comprensión más amplia del tema desde sus principales aristas; de modo que, una vez elegidas las temáticas vinculadas, las investigadoras procedieron a buscar a profesionales especialistas en ellas para que desde su amplia experiencia pudieran compartir con ellas en uno o en varias sesiones, los principales ejes teóricos que desde las diferentes disciplinas servían como contexto para una mayor comprensión del tema, promoviendo de esta forma un espacio tanto formativo mediante la profundización teórica como de discusión.

Las investigadoras, se encargaron de contactar a las y los profesionales por medio de una carta formal en la cual se les invitaba a ser parte del proceso de instrucción teórico-metodológica del Seminario, recalcándoles la motivación de acudir a ellas y ellos por su experiencia en determinada temática, lo cual iba a permitir a las investigadoras contar con el insumo de su vasto conocimiento profesional y académico en el tema y así ampliar su conocimiento para abordar esta investigación de la manera más integral posible. Valga indicar que al solicitar su participación, se les aclaró, que estas no iban a ser remuneradas ya que por la modalidad de la investigación no existía capacidad financiera de las investigadoras a nivel personal y tampoco existía una modalidad de la universidad para cubrir este tipo de rubros de capacitación, por lo que su participación en esta primera etapa fue voluntaria y completamente ad honorem. Cabe destacarse que los espacios de capacitación debieron realizarse fuera del horario laboral de estos profesionales y en algunos casos implicaron varias sesiones, según la amplitud del tema.

Para beneficio de la investigación y de las sustentantes, todos las y los profesionales a quienes se acudió estuvieron de acuerdo en colaborar de la capacitación teórico-metodológica de las investigadoras, de modo que se logró contar con la participación de doce personas profesionales en su mayoría especialistas y con cada uno de ellos y ellas se tuvieron de una a tres sesiones de discusión conjunta de las temáticas propuestas que duraban entre una y dos horas cada una. Como se mencionó, dichas sesiones promovieron la discusión de conocimientos entre las investigadoras y los expertos, y en cada temática se profundizó en la relación de los procesos biopsicosociales involucrados en la infertilidad y el papel de la Psicología de la Reproducción en torno a estos. Estas sesiones de formación y otras actividades instructivas, se desarrollaron de la siguiente manera:

Tabla 1*Descripción de sesiones de fase de formación teórico-metodológica*

Temática	Profesional a cargo	Duración
Generalidades del Modelo Cognitivo Conductual	PhD. Ana María Jurado	1 hora
Introducción al Modelo ABC	PhD. Ana María Jurado	1 hora
Generalidades de la infertilidad con énfasis Ansiedad y Depresión como consecuencia.	PhD. Ana María Jurado	1 hora
Utilidad, aplicación e interpretación del ISRA	PhD. Ana María Jurado	1 hora
Derechos Sexuales y Reproductivos	M.Sc. Adriana Maroto	2 horas
Derechos Sexuales y Reproductivos	M.Sc. Adriana Maroto	2 horas
Implicaciones éticas respecto a la infertilidad y su tratamiento, el papel de la Bioética	Mphil. Jimmy Washburn	2 horas
Implicaciones éticas respecto a la infertilidad y su tratamiento, el papel de la Bioética	Mphil. Jimmy Washburn	2 horas
Antecedentes e interpretaciones del diagnóstico de infertilidad: Teorías sobre Masculinidad y Paternidad	Lic. Esteban Navarro	2 horas
Utilidad, aplicación e interpretación del BDI-II	Lic. Dennis Redondo	2 horas
Atención de la infertilidad en el sector público de la salud desde la Psicología-Hospital Adolfo Carit Eva	M.Psc. Cinthya Campos	2 horas
Atención de la infertilidad en el sector público de la salud desde la Psicología-Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia	M.Psc. Elena Alvarado	2 horas

Antecedentes e interpretaciones del diagnóstico de infertilidad: Teorías sobre la pareja.	M.Sc. Andrea Peralta	2 horas
Atención de la infertilidad en el sector privado de la salud desde la Medicina-Centro Fecundar.	Dr. Ariel Pérez	1 horas
Atención de la infertilidad en el sector privado de la salud desde la Psicología-Centro Fecundar.	Licda. Fiorella Barrantes	1 horas
Atención de la infertilidad en el sector privado de la salud desde la Medicina-Instituto Costarricense de Infertilidad.	Dr. Gerardo Escalante	1 horas
Creación instrumento de recolección de datos desde la perspectiva cualitativa.	PhD. Jorge Sanabria	1 horas

Descripción de sesiones de fase de formación teórico-metodológica, contemplando profesional a cargo y duración.

Tabla 2

Descripción de otras actividades formativas

Actividad	Fecha	Descripción
Movimiento Provida Semana de conferencias en contra de las Técnicas de Reproducción Asistida	11 de marzo 2015, Salón Parroquial de Iglesia de San Joaquín de Flores, Heredia.	“Tratamientos alternativos de la atención de la infertilidad frente a la Fertilización In Vitro y su problemática” Dr. Alejandro Leal
	12 de marzo de 2015, Salón Parroquial de Iglesia de San Joaquín de Flores, Heredia.	“Argumentos científicos sobre el inicio de la vida desde la concepción. Diálogos entre la madre y el embrión humano” Dr. Rodrigo Álvarez

	13 de marzo de 2015, Salón Parroquial de Iglesia de San Joaquín de Flores, Heredia.	“Elecciones: El síndrome post aborto, la gran mentira sobre el aborto en los medios, la manipulación del lenguaje y su testimonio como sobreviviente de aborto” Bridget G. Hylak
Mesa Redonda	26 de noviembre 2015, Auditorio Dr. Pablo Casafont Romero del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica.	"El no reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como una forma de violencia de género". Moderadora: Licda. Tatiana Soto. Expositoras: PhD. Margarita Murillo, MSc. Marta Solano, MSc. Larissa Arroyo, MSc. Ivannia Solano, Dra. Delia Ribas Valdés. Acto de Cierre del Año Académico 2015.
Charla de inducción	18 de agosto 2016, Hospital Adolfo Carit Eva.	Sesiones informativas para parejas diagnosticadas con infertilidad que inician el protocolo de inseminación artificial, expositoras Dra. Fiorella Bagnarello especialista en medicina reproductiva y Licda. Ericka Arellano especialista en trabajo social.
Grupo de Apoyo	22 de agosto 2016, Hospital Adolfo Carit Eva.	Grupo de apoyo para parejas con infertilidad durante el proceso de inseminación artificial. Dirigido por M.Psic Cinthya Campos.

En esta tabla se muestran otras actividades a las que asistieron las sustentantes como parte de su proceso formativo. Se especifica la actividad, fecha, lugar y descripción de cada evento.

Ahora bien, como segunda fase de este TFG, se llevó a cabo la construcción y validación de una guía de entrevista, para la recolección y análisis de los datos de la fase de investigación aplicada. Esta guía se fue construyendo de forma paralela a la instrucción teórico-metodológica vinculada a los conocimientos que se iban adquiriendo, también fue contrastada con guías de entrevista y cuestionarios propuestos internacionalmente desde un enfoque de Psicología de la Reproducción Asistida.

Una vez concretado un borrador inicial, se sometió a revisión y asesoría específica sobre la concordancia de planteamiento con la metodología cualitativa. Con base a esto, la guía fue reformulada, organizada, depurada y posteriormente sometida a una validación por expertos, lo cual en palabras de Cabero y Llorente (2013) “consiste, básicamente, en solicitar a una serie de personas la demanda de un juicio hacia un objeto, un instrumento, un material de enseñanza, o su opinión respecto a un aspecto concreto” (p.14). Las personas expertas escogidas fueron doce profesionales en Psicología quienes, cuentan con algún nivel de especialidad o experiencia en los diversos ejes del instrumento, en los modelos teóricos del que parte o en aspectos metodológicos. Por tanto, estas personas hicieron sus valoraciones en aspectos tanto de forma, como de contenido, valga destacar que su participación en esta etapa también la hicieron de forma absolutamente ad honorem. Una vez recibidas todas las retroalimentaciones, estas fueron consideradas por las investigadoras para obtener una versión mejorada de la misma.

La guía final puede ser consultada en el Anexo 2 y está dividida en siete ejes considerados centrales para obtener una visión integral de la experiencia que tuvieron las personas participantes ante su diagnóstico y tratamiento por infertilidad. En estos ejes se buscó indagar sobre las cogniciones, emociones y conductas relacionadas con los antecedentes

biopsicosociales que mediaron las interpretaciones; las interpretaciones que hicieron de sus experiencias y las consecuencias derivadas de la forma en que interpretaron los procesos de diagnóstico y tratamiento. Los ejes son: 1) Datos personales, 2) Anclaje Biográfico, 3) Paternidad y Maternidad, 4) Reestructuración a partir del diagnóstico, 5) Decisión de someterse al tratamiento, 6) Impacto del tratamiento y 7) Estrategias de afrontamiento. Asimismo, estos ejes estuvieron compuestos por al menos 52 preguntas a modo de indicadores de distintos aspectos que tanto la teoría como el criterio de los expertos indicaron como fundamentales para una comprensión más profunda de la pregunta de investigación.

Posterior a la realización y validación de la guía de entrevista fue necesario seleccionar a las y los participantes de la investigación de campo. Para Martínez-Salgado (2012) en un estudio cualitativo puede trabajarse con números pequeños de unidades de observación e incluso con un único caso, ya que cada unidad es cuidadosa e intencionalmente seleccionada por sus posibilidades de ofrecer información detallada sobre el asunto de interés. Por lo tanto, en estos casos, no se busca la medición sino la comprensión del fenómeno y los procesos sociales en toda su complejidad, razón por la que decisiones que en un muestreo probabilístico serían fuentes de sesgo, en una indagación cualitativa como la presente, son una vía para garantizar el rigor y el conocimiento profundo sobre el fenómeno.

Basado en lo anterior, para esta investigación se utilizó específicamente el muestreo propositivo que, para Mack, Woodsong, Macqueen, Guest y Namey (2005), es una estrategia en la que los participantes se seleccionan al presentar criterios relevantes para la pregunta de investigación. Asimismo, pretendió ser un muestreo homogéneo en tanto buscó reclutar casos con características similares para estudiarlos a profundidad (Gray, 2004). Ahora bien, tal como la teoría lo señala y sucedió en este caso, la elección propositiva no parte de un número

de casos determinado de antemano, “no hay reglas para decidir el tamaño de la muestra (...) depende del propósito del estudio, de lo que resulta útil para lograrlo, de lo que está en juego, de lo que lo hace verosímil, y en última instancia, incluso de lo que es posible (...) lo decisivo aquí no es el tamaño de la muestra, sino la riqueza de los datos provistos por los participantes” (Martínez-Salgado, 2012, p. 616- 617). En este caso, los criterios fundamentales para escoger la muestra fueron el tamaño de la población en estudio, la que cuenta con características propias de una población “escondida” o “cerrada” dada la naturaleza privada del tema de la infertilidad, razón por la que se consideró fundamental el criterio de voluntariedad a participar por iniciativa de la misma población. A su vez se tomaron en cuenta aspectos como los recursos y el tiempo disponible. Tomando todo esto en consideración, se reclutaron casos y se recolectaron datos hasta donde permitió la iniciativa y voluntariedad de la población y además cuando ocurrió la saturación teórica “punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista adicional no aparecen ya otros elementos novedosos” (Martínez-Salgado, 2012, p.617).

Es fundamental resaltar que al tratarse de una muestra voluntaria y no cautiva, esta tuvo en todo momento la opción de desistir de participar, aspecto que no sucedió con ninguno de los casos con los que se inició el proceso. El método de reclutamiento principalmente empleado fue la “bola de nieve” la cual consistió en divulgar la información sobre la investigación, los criterios de inclusión y los datos de contacto mediante afiches físicos repartidos en clínicas de infertilidad, en otros centros de salud y mediante la publicación en la red social *Facebook* tanto en grupos cerrados relacionados al tema de la infertilidad como los muros de las investigadoras, lo que permitió se difundiera rápidamente la información por el fenómeno de la republicación de los afiches por terceras personas. Asimismo, también se dio la “bola

de nieve” mediante la recomendación que dieron algunas personas profesionales que conocían de la investigación o incluso algunas personas ya participantes a otros conocidos en su misma situación “gracias a la presentación que hace el sujeto ya incluido en el proyecto, resulta más fácil establecer una relación de confianza con los nuevos participantes, también permite acceder a personas difíciles de identificar” (Salamanca y Crespo-Blanco, 2007, p.3), aspectos que en la población específica con la que se trabajó y por la sensibilidad del tema, fueron fundamentales. Para Mack et al. (2005) este es un muestreo utilizado usualmente para reclutar “poblaciones escondidas” o grupos no fácilmente accesibles o cerrados, tal como parece serlo la población con infertilidad por los tabúes sociales en torno tema.

Finalmente, en este muestreo propositivo se definieron de previo las características de las y los participantes que se incluirían con base a la revisión de la teoría, lo que permitió enfocarse en las personas que se consideraban aportarían de mejor manera con sus experiencias en torno al tema. En este caso, existía un criterio de inclusión inicial que delimitaba la participación de las personas y consistía en que, al momento del trabajo de campo de las investigadoras, estas personas debían estar siendo atendidas con el procedimiento de inseminación artificial. Sin embargo, sucedió que mientras se daba el proceso de reclutamiento, las personas que tomaron la iniciativa de contactar a las investigadoras, resultaron tener una diversidad de condiciones, entre las que se encontraban el haber sido tratadas exclusivamente en clínicas de reproducción asistida privadas, haber recibido sus tratamientos en el pasado y no estarlos viviendo en ese momento, el haber experimentado el tratamiento de inseminación artificial seguido de otras técnicas de reproducción asistida e incluso uno de los casos interesados en participar, había decidido no realizarse tratamiento alguno para su diagnóstico de infertilidad. Esto le permitió a las investigadoras, darse cuenta

que las características de la condición eran bastante heterogéneas por lo que requerían abordarse desde unos criterios más abiertos, razón por la cual, se tomó la decisión de depurar más los criterios de selección. Una vez redefinido esto, se plantearon exclusivamente los siguientes criterios de exclusión: 1) Tener diagnóstico de un trastorno mental previo de los establecidos en el Eje I del Manual Diagnóstico, Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-R. 2) Tener diagnóstico de infertilidad secundaria. 3) Ser menor de 18 años. 4) Tener un nivel educativo menor al sexto grado, por la particularidad de los instrumentos aplicados.

Una vez reclutadas a las personas, se inició la tercera fase del TFG, que consistió en la realización del trabajo de campo, el cual tuvo enfoque cualitativo, donde el foco de atención fueron “las percepciones y experiencias de los participantes y el modo en que le dan sentido a sus vidas” (Fraenkel y Wollen, 1990; Locke et al., 1987; Merriam, 1988, citados por Creswell, s.f.). Consistió a su vez en buscar los puntos de vista de las y los participantes, sus experiencias, significados, emociones, entre otros aspectos subjetivos, por lo que también se consideró interpretativo, pues la intención fue “encontrar sentido a los fenómenos en términos de los significados que las personas les otorguen” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.9). Asimismo, tuvo un alcance descriptivo al buscar especificar las características del fenómeno analizado. Según dicta la teoría, este tipo de alcance, recolecta y evalúa datos sobre diversos aspectos de éste, describiendo tendencias del grupo en estudio y especificando sus características sin pretender indicar con certeza cómo se relacionan los conceptos estudiados; asimismo los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión las dimensiones de un fenómeno, tal y como pretendió la presente investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño metodológico fue no experimental, ya que no se tuvo control sobre las variables independientes. Además, fue de tipo transversal porque se recopilaron datos en un único tiempo, es decir, que el propósito fue describir y analizar la incidencia e interrelación de las variables en un momento específico (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Partiendo de esto, entonces el objetivo fue documentar la experiencia a profundidad para poder entender el fenómeno de la infertilidad desde la perspectiva de quienes lo vivieron, sin necesariamente buscar establecer ningún tipo de generalización (Gray, 2004).

Para lograr lo anterior, esta investigación de campo se llevó a cabo mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a profundidad con la población meta, usando la guía de entrevista creada por las sustentantes tal como se explicó anteriormente. Al respecto, valga recordar que la entrevista es una técnica diseñada para obtener una imagen vívida de la perspectiva de los participantes con respecto al tema de investigación. Según Mack et al. (2005) además es uno de los métodos cualitativos más populares por su capacidad de darle una cara humana a los problemas de investigación, ya que se utiliza para aprender sobre las perspectivas de los individuos.

Tal como resultó en esta investigación, los autores indican que es muy efectiva para lograr que las personas hablen sobre sus sentimientos, opiniones y experiencias, permitiéndoles a las y los investigadores obtener explicaciones sobre cómo las personas interpretan su mundo y lo que en él les acontece. En este caso, esto se logró prestando atención a las explicaciones causales que los participantes brindaron sobre sus experiencias con la infertilidad, las cuales reflejaron conexiones entre eventos, fenómenos y creencias particulares de ellas y ellos, tal y como lo sugieren Mack, et al. (2005). Estos mismos autores plantean que las entrevistas a profundidad son especialmente apropiadas para abordar temas sensibles que puede que las

personas se resistan a discutir en grupo, como en el caso del tema de la presente investigación. De modo concordante con lo anticipado por la teoría, entre las principales ventajas de haber usado esta técnica de recolección de datos, fue el que se le ofreciera a las y los participantes la oportunidad de expresarse sobre aspectos de sus experiencias con la infertilidad, de una manera que rara vez habían podido hacerlo, asimismo le permitió a las investigadoras profundizar en el tema desde la mirada y las experiencias de quien lo tiene más de cerca. Al respecto Kocklars (1977, citado en Taylor y Bogdan, 2009) indica que las entrevistas a profundidad son el resultado de un esfuerzo cooperativo de ambos protagonistas: investigadores y sujetos de investigación, buscando antes que cualquier otra cosa, una relación de compañerismo, teniendo la persona entrevistadora la responsabilidad de “crear un clima en el cual las personas se sientan cómodas para hablar libremente sobre sí mismas” (p.207) y para eso es importante que la o el entrevistador se relacione con los informantes, tratando de mantener su atención y motivación, relacionándose con ellos como lo que son: personas, y no como simples fuentes de información, conversando con ellos y ellas y tratando de aprender algo más sobre sus vidas cotidianas (Taylor y Bogdan, 2009).

En el caso de este estudio, al tratarse de una guía de entrevista semiestructurada, parte de su riqueza recayó en que, a pesar de tener un vasto conjunto de preguntas sobre los temas seleccionados, siempre se conservó la libertad de profundizar en los emergentes de interés, incluir in vivo preguntas relevantes y abstenerse de preguntar otras.

Cabe indicar, que antes de iniciar la entrevista a profundidad, las investigadoras se encargaron de la protección de los sujetos participantes de estudio mediante la firma de un documento de consentimiento informado el cual puede consultarse en el Anexo 1. En este se explicaba el propósito de la investigación, los posibles riesgos y beneficios, los criterios de

voluntariedad y confidencialidad, así como el permiso para grabar en audio las entrevistas con fines metodológicos. Este documento fue leído simultáneamente por las investigadoras y las personas participantes en la primera sesión y fueron evacuadas todas las dudas. Las y los participantes recibieron una copia.

Valga indicar que a pesar de que en el consentimiento informado se estipula claramente que de haberse detectado una situación que requiriera intervención profesional, las y los participantes serían referidos al equipo asesor para las debidas recomendaciones y atención, esto no fue necesario para ninguno caso durante el proceso, ni las investigadoras fueron comunicadas de ninguna secuela de estas entrevistas en los doce meses posteriores a la última visita.

Tal como se estipula en el consentimiento informado, la información se abordó con absoluta confidencialidad, utilizándose exclusivamente para fines académicos y nunca se revelaron el nombre o referencias explícitas de las personas entrevistadas. Como se podrá observar en el apartado del reporte de los resultados y sus respectivos análisis, se determinó que la manera más adecuada de referirse a los participantes era a través de una denominación numérica que correspondió al orden en que fueron entrevistadas estas personas, hayan participado en pareja o individualmente.

Ahora bien, una vez aclarados los aspectos éticos, se desea indicar que con la finalidad de complementar la información obtenida durante el espacio de entrevista a profundidad, se aplicaron cuatro instrumentos, no con fines cuantitativos, de diagnóstico, ni mucho menos de generalización, sino para triangular la información obtenida en dicha entrevista sobre las vivencias asociadas al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad en cada individuo o pareja

en estudio. El primero de estos instrumentos aplicados fue el Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA), creado en el 2008 por Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, el cual fue diseñado para hacer un cribado del estado emocional de la pareja, de sus recursos personales y sociales y se compone de cuatro factores que miden: Desajuste Emocional; Recursos Personales; Recursos Interpersonales y Recursos Adaptativos. Puntuaciones bajas indican no prevalencia de emociones negativas ni procesos psicopatológicos relacionados con ansiedad o trastornos del estado de ánimo; puntuaciones altas sugieren presencia de sintomatología cognitiva, motora o fisiológica propia de estados emocionales negativos y sentimientos de inseguridad sobre su capacidad para afrontar exitosamente los problemas (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores, 2008). Otro fue el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) creado en 1986 por Miguel-Tobal y Cano-Vindel y validado en Costa Rica por Jurado (2010) que busca evaluar la frecuencia de respuestas de ansiedad ante situaciones capaces de inducir las, estructura situación-respuesta y posee tres subescalas: respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras ante la experiencia (Jurado, 2010).

También se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) creado en 1961 por Beck, Rush, Shaw y Emery, el cual pretende medir la depresión y sus cambios en el tiempo. Según Fernández-Ballester (2004), Beck, Steer y Brown (1996) publicaron una segunda edición, el BDI-II, con 21 ítems que evalúan, distintos síntomas depresivos como pesimismo, sentimientos de fracaso y culpa, pérdida de satisfacción, deseos suicidas, irritabilidad, aislamiento social, entre otros. Al ser adaptada a los criterios DSM-IV permite discriminar las dimensiones de la depresión (Fernández-Ballester, 2004). Es importante que este instrumento fue adaptado al país por el Licenciado en Psicología de la Universidad de Costa

Rica, Dennis Redondo Alfaro en su tesis “Adaptación de la Segunda Versión del Inventario de Depresión de Beck al Gran Área Metropolitana” (2015), versión utilizada en esta investigación.

Y finalmente el Inventario de Estrategias de Afrontamiento IEA de Cano, Rodríguez y García (2007) que recoge dos tipos diferentes de información: por una parte información cualitativa producto de la descripción de la situación estresante por la persona y por otra parte información cuantitativa en donde se evidencia la frecuencia de la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento así como el grado de la eficacia percibida en el afrontamiento. Este instrumento consiste en una escala Likert compuesta por ocho estrategias primarias: Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social, Expresión emocional, Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, cuatro secundarias: Manejo adecuado centrado en el problema, Manejo adecuado centrado en la emoción, Manejo inadecuado centrado en el problema y Manejo inadecuado centrado en la emoción y dos terciarias: Manejo adecuado y Manejo Inadecuado (Cano, Rodríguez y García, 2007).

Debe aclararse que, estos cuatro instrumentos les fueron entregados a los sujetos de investigación desde el primer día de la entrevista, de la mano con una explicación detallada para que pudieran completarlos a su propio ritmo y desde sus casas, con la consigna de que una vez listos los entregaran a las investigadoras para su posterior revisión, análisis y contraste con lo comentado en las distintas sesiones de entrevista. La intención principal de esto, era que en la última sesión las investigadoras pudieran hacerles una devolución verbal de sus resultados generales, a modo de contrastar aspectos que se habían presentado en el discurso espontáneo de forma diferente o incluso profundizar en aspectos que quizás apenas

habían sido mencionados en la entrevista pero que en los instrumentos sí tenían alto puntaje; un ejemplo de esto fue el reporte de culpa por diagnóstico o aspectos del tratamiento, entre otros.

De este modo se permitió tanto la triangulación de la entrevista, como la capacidad de indagar en algunos aspectos no contemplados en la guía de preguntas. Al respecto es importante dejar constancia de que los instrumentos utilizados no fueron utilizados bajo los parámetros de aplicación que sus autores sugieren para mantener sus criterios de confiabilidad estadística. Por ejemplo, como los participantes de esta investigación en algunos casos habían experimentado su evento estresante relacionado a la infertilidad muchos meses o incluso de uno a dos años atrás, se les indicó completar los instrumentos pensando en lo que recordaban haber vivido en ese momento estresante que ya había pasado, lo cual incumplía los requisitos preestablecidos de tiempo del instrumento. Asimismo, se debe dejar claro que sumado al incumplimiento previsto de parte las investigadoras de los rangos de tiempo, una vez que se recolectaron los instrumentos y su posterior revisión, las investigadoras encontraron que algunas de las personas infringieron los criterios que se les había explicado e indicado para llenarlos, por ejemplo: obviaron llenarlo pensando en el momento que se les sugirió o incluso algunas personas contestaron alguno de los instrumentos pensando en situaciones ajenas a la infertilidad, lo cual sumó a que los instrumentos pudieran ser utilizados única y exclusivamente como medio para triangular el contenido de la entrevista y como forma de indagar en aspectos no mencionados en el discurso espontáneo.

Todo lo anterior es relevante de detallar para dejar constancia de las razones por las que los resultados puntuales de los instrumentos aplicados no están reportados como parte de los resultados y análisis de la información, ya que sus fines fueron otros como se ha aclarado.

Siguiendo con los procedimientos de recolección de información, se desea indicar al momento de iniciar una investigación cualitativa, tal como se indica en la teoría, que usualmente “no se sabe cuántas entrevistas a profundidad habrá que realizar hasta que se comienza a hablar realmente con los informantes” (Taylor y Bogdan, 2009, p.201) y esta investigación no fue la excepción. Para la recolección de la información, se requirieron de tres a cuatro sesiones de entrevista a profundidad, las cuales se hicieron visitando el domicilio de las personas participantes o coordinando la sesión en un espacio público. En todos los casos, las entrevistas tuvieron una duración aproximada de entre dos a cuatro horas cada sesión, esto tuvo variaciones según cada caso, generalmente se hicieron después de su jornada laboral en las noches o fines de semana y se realizó a lo largo de un periodo de tres meses aproximadamente ya que las visitas no pudieron hacerse de la manera continua dada la diversidad de adaptaciones que tuvieron que hacer las investigadoras según posibilidades de horario y compromisos de las y los entrevistados. Se estudiaron finalmente siete casos correspondientes a un total de doce personas, de estas siete fueron mujeres, cinco fueron hombres y de ellos cinco eran parejas entre sí. En los casos de parejas, se destinó un tiempo para conversar con cada integrante por aparte, así como un tiempo para conversar con ambos presentes a la vez, según la naturaleza e intencionalidad de las preguntas. En total se hicieron 24 sesiones de entrevista con esos siete casos. Cabe destacarse que, esta experiencia de campo complementó la experiencia teórico-metodológica, al permitir cumplir con el cometido de comprender la aplicación de la teoría aprendida a las poblaciones específicas de hombres, mujeres y parejas diagnosticadas con infertilidad.

Por su parte, con respecto a la descripción de las técnicas y los procedimientos de sistematización de los datos que se emplearon, se desea indicar que, este proceso según

Torres (2005) “supone la organización de información sobre las prácticas con un carácter descriptivo, analítico, crítico o de teorización, y con la finalidad de responder interrogantes, explicar, comprender la experiencia, relacionarla con sus intencionalidades, contexto y resultados” (p.30). En este caso, tal como se indicó anteriormente, previa firma del consentimiento informado, se procedió a grabar en audio cada sesión de entrevista a profundidad, valga indicar que las grabaciones, no fueron escuchadas por ninguna otra persona que no fueran las dos investigadoras. El tiempo de la duración de cada grabación correspondió al tiempo total que duró cada sesión de entrevista y el total de horas del conjunto de grabaciones fue de 48 horas audio aproximadamente. A continuación, se muestra una tabla con la información alusiva a las sesiones de entrevista y la duración de las mismas:

Tabla 3

Calendarización de sesiones

Casos	Sesiones	Fecha de reunión	Duración de la entrevista/grabación:
Caso 1: Pareja	Sesión 1:	Domingo 14 de febrero de 2016	2 horas
	Sesión 2:	Jueves 3 de marzo de 2016	2 horas
	Sesión 3:	Lunes 14 de marzo de 2016	2 horas 30 min
	Sesión 4:	Jueves 7 de abril de 2016	3 horas
Caso 2: Mujer	Sesión 1:	Miércoles 17 de febrero de 2016	40 min
	Sesión 2:	Lunes 21 de marzo de 2016	2 horas 40 min
	Sesión 3:	Lunes 28 de marzo de 2016	1 hora 30 min
	Sesión 4:	Lunes 27 de abril de 2016	1 hora 30 min
Caso 3: Pareja	Sesión 1:	Sábado 27 de febrero de 2016	1 hora 30 min
	Sesión 2:	Jueves 10 de marzo de 2016	2 horas
	Sesión 3:	Sábado 26 de marzo de 2016	2 horas 35 min

Caso 4: Pareja	Sesión 1:	Sábado 27 de febrero de 2016	1 hora 30 min
	Sesión 2:	Sábado 12 de marzo de 2016	1 hora 30 min
	Sesión 3:	Sábado 2 de abril de 2016	2 horas 20 min
Caso 5: Pareja	Sesión 1:	Jueves 17 de marzo de 2016	1 hora 45 min
	Sesión 2:	Miércoles 30 marzo de 2016	3 horas
	Sesión 3:	Miércoles 13 abril de 2016	3 horas
Caso 6: Mujer	Sesión 1:	Martes 22 de marzo de 2016	1 hora
	Sesión 2:	Viernes 1 abril de 2016	2 horas
	Sesión 3:	Viernes 15 abril de 2016	2 horas 40 min
	Sesión 4:	Martes 2 mayo de 2016	4 horas
Caso 7: Pareja	Sesión 1:	Lunes 4 abril de 2016	2 horas 20 min
	Sesión 2:	Sábado 9 abril de 2016	3 horas
	Sesión 3:	Lunes 15 de abril de 2016	4 horas

Esta tabla contiene por cada caso participante, la cantidad de sesiones realizadas, la fecha calendarizada de las mismas y el total de horas de duración de cada visita/grabación.

La información obtenida de esas grabaciones requirió de un aproximado de 192 horas de transcripción realizada en su totalidad de forma personal por las investigadoras. El sistema de transcripción utilizado, fue el propuesto por Potter (1996, citado en Suárez 2003), en donde la forma que se realiza la transcripción permite tener un análisis más completo de la información recopilada, la cual “será además enriquecida con las pausas del discurso, las correcciones en la marca, las reacciones y los estados de ánimo mostrados (p.55). Del total de transcripciones surgió un documento general de aproximadamente 300 cuartillas de texto.

Las transcripciones totales se trabajaron mediante el programa ATLAS.Ti versión 7, por medio del cual se extrajeron citas muy específicas que lograron abstraer del inmenso detalle y complejidad del dato, aquellos temas que eran más sobresalientes para el propósito de investigación. Por esta razón se desarrolló el análisis temático, el cual pone mayor atención en los aspectos cualitativos del material analizado a diferencia del análisis de contenido, que

en la mayoría de los casos resulta en una descripción numérica de los datos del texto (Marks y Yardley, 2004). Así, un tema se refiere a un patrón específico encontrado en los datos en el cual se está interesado. En el dato se puede encontrar tanto categorías manifiestas como aquellas que están en un nivel latente como el hablar sobre o implícitamente referirse a algo. El análisis temático utiliza ambos tipos de dato. Por esta razón, una clave que este tipo de análisis permitió para interpretar los significados y comprender mejor los sujetos de investigación en su contexto, fue el ir buscando temas recurrentes o conceptos clave, que surgían de la descripción que hacían de sus experiencias con la infertilidad, identificando procesos que mostraran el flujo de la experiencia y variables entrelazadas que emergían concurrentemente, en general, buscando consistencias y patrones. En otras palabras, según lo que Marks y Yardley (2004) plantean, lo que se hizo fue lograr el proceso de “codificación” mediante la categorización del dato, tomando partes del texto y colocándolas en ciertas categorías. Según estos mismos autores, los códigos deben operacionalizarse sobre a qué se refieren (nombrar, definir y delimitar) y ejemplos de extractos del texto que son codificados por calzar con la teoría.

De acuerdo con este procedimiento, en una primera categorización se extrajeron 56 diferentes códigos los cuales posteriormente debieron ser estudiados y fusionados, es decir decidir cuáles códigos se podían agrupar en uno más poderoso (Marks y Yardley, 2004). Lo que llevó a las investigadoras a poder generar un modelo de categorías bajo el cual los datos se agruparon bajo tres superfamilias teóricas correspondientes a los tres ejes de modelo teórico ABC (Antecedentes, Interpretaciones y Consecuencias). A su vez esas tres superfamilias contienen a 13 familias teóricas de acuerdo a los principales temas encontrados en el discurso

mediante el proceso de fusión y estas a su vez se subdividen en un total de 48 categorías internas específicas.

Se debe aclarar, que estas super familias, familias y categorías, se analizaron individualmente para cada una de las poblaciones en estudio (hombres, mujeres y parejas) y siguiendo el modelo de Moustakas (1994, citado en Creswell, 2007) cada una evidenciaba en sus citas la descripción textual de las experiencias de las y los participantes que respondían a la pregunta ¿qué experimentaron?, así como una descripción estructural de las experiencias de ellas y ellos que respondían a la pregunta ¿cómo lo experimentaron en términos de condiciones, situaciones y contexto? Es por esto que en el reporte de los resultados se evidenció en las citas utilizadas, la mezcla de la descripción textual y estructural, para así reflejar una esencia general de la experiencia de los hombres, de las mujeres y de las parejas.

El nombre asignado a las familias y categorías, se hizo al tiempo que se realizaba la consulta de la teoría para poder evidenciar la existencia previa de estos constructos o su ausencia. Dependiendo de qué tan amplia o escasa era la delimitación de los constructos preexistentes en la teoría, se le asignaron a las familias y categorías surgidas en esta investigación, nombres similares, adaptados o completamente nuevos; esto porque, según la naturaleza del discurso de las y los participantes, aparecieron en algunos casos características nuevas sobre los constructos preexistentes; generándose así la construcción de nueva teoría, lo cual es uno de los objetivos de esta modalidad de Trabajo Final de Graduación.

Cabe destacarse que cada familia y categoría surgida fue nombrada, descrita y delimitada por las investigadoras y una vez reportados los resultados, estas fueron interpretadas según el origen del discurso y de todas las características asociadas a la comprensión de ese gran

panorama. Todas las citas correspondientes a las diferentes familias y sus categorías teóricas fueron a su vez segregadas según la población que las reportó, ya fueran cita de los hombres, de las mujeres, o desde una voz que reflejara la opinión conjunta de la pareja, valga indicar que solamente en algunos casos muy concretos la información se traslapó dada la naturaleza del discurso.

Es imperante señalar que los resultados fueron reportados y analizados para las 13 familias y sus 48 categorías sin embargo, no todas obtuvieron resultados para todas las poblaciones, dada la naturaleza del contenido de la familia o categoría. En el caso de las poblaciones de hombre y mujer la mayoría tuvieron resultados específicos ya que los discursos se enfocaban mayormente en la vivencia individual, sin embargo al hacer el análisis de la población de parejas, dos familias teóricas completas y 26 categorías teóricas no aportaron resultados para la comprensión de la vivencia de la misma, desde la perspectiva conjunta de la pareja.

Por tanto, para mayor claridad del modelo de categorización planteado por las sustentantes, logrado mediante el análisis temático de los discursos, se presenta la Tabla 4 en la cual se pueden observar el esquema de las superfamilias, familias, y sus categorías teóricas con sus respectivas descripciones y delimitaciones otorgadas por las sustentantes al definir las, así como también en la tabla 5 se puede observar la presencia o ausencia de datos según la población, lo cual se verá reflejado en también en el apartado de discusión de resultados.

Tabla 4*Modelo de categorización con definiciones***Superfamilia 1: Antecedentes**

Estímulos ambientales externos a los que estuvieron expuestos los sujetos de investigación antes de recibir el diagnóstico de infertilidad. Son todos aquellos eventos o experiencias previas que modelaron sus patrones cognitivo-conductuales: sus características personales, familiares, condiciones educativas, de salud, socioeconómicas y culturales; las cuales permearon de manera muy específica la forma en la que los sujetos interpretaron la experiencia de su propio diagnóstico y tratamiento o el de su pareja.

Familias	Definición	Categorías	Definición	
1	Caracterización de la población	Datos generales alusivos a sí mismo/a, a su pareja, y a la descripción general de los procedimientos o factores socioeconómicos que influyeron y mediaron directamente la forma en que las mujeres, hombres y parejas interpretaban la experiencia de su diagnóstico y tratamiento o el de su pareja.	<p>A: Descripción personal</p> <p>B: Significado atribuido a la pareja</p> <p>C: Descripción del diagnóstico</p> <p>D. Cantidad y tipos de tratamientos realizados</p> <p>E: Factores facilitadores</p>	<p>Características mediante las que describen a sí mismas las personas entrevistadas, por ejemplo rasgos de personalidad.</p> <p>Características atribuidas a la condición de tener una pareja en su vida.</p> <p>Descripción puntual del diagnóstico que se le dio.</p> <p>Los tratamientos a los que se sometieron así como el número de veces que fueron realizados.</p> <p>Oportunidades y recursos socioeconómicos y educativos con que cuenta el hombre, la mujer o la pareja que</p>

			les facilitaron el proceso del tratamiento (horarios flexibles, cargos de poder, recurso económico, entre otros).
2	Influencias sociales	Todas aquellas creencias y conductas propias o ajenas mediadas por mandatos sociales que influyen de forma positiva o negativa la manera en que hombres, mujeres y parejas interpretan su diagnóstico de infertilidad y toman las decisiones sobre los tratamientos a realizar.	<p>A: Influencia de la opinión de otras personas externas a la pareja</p> <p>Juicios de valor o comentarios positivos y negativos expresados a la pareja por parte de (familia, amigos, compañeros de trabajo, conocidos) tras la experiencia del diagnóstico y tratamiento ya sea propio o de su pareja.</p> <p>B: Influencia de la religión</p> <p>Las creencias y prácticas religiosas propias o ajenas que tuvieron impacto en la forma de percibir la experiencia del diagnóstico y tratamiento ya sea propio o de su pareja.</p> <p>C: Mitos y creencias asociadas al diagnóstico y tratamiento</p> <p>Todos aquellos mitos, creencias y/o conductas relacionados con las posibles causas del diagnóstico, aspectos que incidan sobre el tratamiento o relacionados en general a la concepción de masculinidad,</p>

				feminidad, maternidad y paternidad.
3	Expectativas sobre la paternidad y maternidad	Influencia de las ideas previas que se tienen sobre la maternidad y paternidad que determinan la búsqueda de una solución a través de una técnica de reproducción asistida al no poder concretar de manera natural la meta la concepción.	<p>A: Significado atribuido a ser madre y padre</p> <p>B: Motivaciones asociadas a la búsqueda de la paternidad y maternidad</p> <p>C: Motivaciones para realizarse el tratamiento</p>	<p>Ideas preconcebidas por socialización sobre las características que le atribuye al rol de ser madre y padre.</p> <p>Aspectos relacionados al papel que la paternidad y maternidad cumpliría en sus vidas a futuro (tener a alguien a quien querer, a quien enseñar, alguien que lo cuide en un futuro, sentido de trascendencia, posibilidad de heredar) aspectos que fueron motivadores o no para la búsqueda y consecución de los tratamientos.</p> <p>Razones o necesidades que incentivaron a tomar la decisión de realizarse el tratamiento a pesar de los gastos económicos, tiempo, desgaste físico y emocional experimentados.</p>

Superfamilia 2: Interpretaciones

Sistema de creencias y las consecuentes valoraciones subjetivas que determinaron la manera en que cada sujeto entrevistado percibió la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad propio o de su pareja, con base en la influencia de los estímulos ambientales externos descritos en los antecedentes

Familias	Definición	Categorías	Definición
1 Percepciones sobre la condición de Infertilidad	Conjunto de cogniciones y emociones asociadas a la comprensión positiva o negativa la experiencia de vivir un proceso de diagnóstico y tratamiento por infertilidad.	A: Percepción del diagnóstico	Conjunto de cogniciones y emociones asociadas a la comprensión positiva o negativa la experiencia de recibir un diagnóstico de infertilidad.
		B: Percepción del tratamiento	Conjunto de cogniciones y emociones asociadas a la comprensión positiva o negativa de experimentar o no, algún tipo de tratamiento de reproducción asistida.
		C: Percepción del embarazo	Conjunto de cogniciones y emociones asociadas a la comprensión positiva o negativa de la experiencia del embarazo.
		D: Percepción de la maternidad y paternidad durante o posterior al tratamiento	Conjunto de cogniciones y emociones asociadas al cambio para la comprensión positiva o negativa de la experiencia de la

			maternidad y la paternidad durante o posterior a un tratamiento de infertilidad.
2 Redes de apoyo	Estructura social-familiar que brinda contención y respaldo a través de comentarios y/o acciones que influyen de manera positiva o negativa la manera en que hombres, mujeres y parejas interpretan su experiencia de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.	<p>A: Acompañamiento o terapéutico</p> <p>B: Apoyo percibido de su pareja</p> <p>C: Apoyo percibido de parte de otras personas externas a su pareja</p>	<p>Profesionales en la salud de centros públicos o privados que brindaron buen o mal acompañamiento o asesoría en las áreas: medicina, psicología y psiquiatría.</p> <p>Percepción que tuvieron sobre el apoyo social provisto y percibido a través de comentarios y/o acciones de sus parejas en relación a la experiencia de infertilidad.</p> <p>Percepción que tuvieron sobre el apoyo social provisto y percibido a través de comentarios y/o acciones de parte de otras personas externas a la pareja (familia, amigos, compañeros de trabajo, conocidos entre otros) en relación a la experiencia de infertilidad.</p>

		D: Apoyo brindado a su pareja	El conjunto de comentarios y/o acciones que uno de los miembros de la pareja, percibió haberle brindado al otro(a) a través de comentarios y/o acciones en relación a la experiencia de infertilidad.
3 Duelo	Todos aquellos procesos de adaptación emocional que debe hacer el hombre, la mujer y la pareja al darse cuenta que no será capaz de cumplir el deseo de concebir de forma natural, al ser diagnosticado con infertilidad y/o tras haberse realizado un tratamiento que no funcionó y/o un embarazo que se interrumpió, de modo que se imposibilita tener el hijo deseado y asumir por ende el rol materno o paterno.	A: Duelo por la pérdida de la fertilidad e imposibilidad de la maternidad y paternidad	Proceso de adaptación emocional que vive el hombre y la mujer a partir de: el diagnóstico que recibe de infertilidad; de la pérdida de la capacidad que creía innata de poder tener hijos por medios naturales y de la imposibilidad de experimentar una paternidad de forma natural, ya sea deseada o no; pudiendo presentarse algunas o todas las anteriores condiciones.
		B: Duelo por tratamientos fallidos	Proceso de adaptación emocional que se vive después de confirmar que el tratamiento de reproducción asistida al que fueron sometidos no tuvo

			éxito, es decir nunca hubo embarazo.
		C: Duelo por pérdida del embarazo	Proceso de adaptación emocional que se vive después de confirmar la interrupción del proceso de embarazo producto de reproducción asistida, que podría o no ser percibido para el hombre, la mujer y la pareja como la pérdida de un hijo.
4 Estrategias de Afrontamiento	Aquellos esquemas cognitivos, emocionales y conductuales intencionales dirigidos a manejar, tolerar y reducir las demandas internas y/o ambientales que exceden los recursos personales de los hombres, mujeres y parejas durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.	A: Autocrítica	Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia del diagnóstico por infertilidad, situaciones estresantes relacionadas o el inadecuado manejo de las decisiones respecto al tratamiento por infertilidad.
		B: Evitación de problemas	Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con acontecimiento estresantes concernientes a la infertilidad.

C: Expresión emocional	Estrategias puestas en práctica, relativas a expresar o negar las emociones que acontecen en el proceso de diagnóstico o tratamiento de la infertilidad.
D: Búsqueda de apoyo social y/o actividades distractoras.	Estrategias empleadas, referidas a la búsqueda de apoyo emocional o a la búsqueda de actividades fuera de la rutina que les permitieron enfocar su atención fuera del problema de la infertilidad.
E: Reestructuración cognitiva	Estrategias cognitivas que les permitieron alterar el significado estresante del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, de forma que les resultara menos molesto o preocupante.
F: Resolución de problemas	Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés que les produce los diversos acontecimientos relacionados a la infertilidad, mediante

	la participación activa en la modificación de ciertas situaciones.
G: Afrontamiento espiritual-religioso	Todas aquellas estrategias encaminadas a la utilización de creencias y/o comportamientos espirituales y/o religiosos para explicar, prevenir y aliviar las consecuencias negativas de los sucesos estresantes relacionados con la infertilidad.
H: Paternidades y maternidades alternativas	Conjunto de estrategias utilizadas por hombres, mujeres y parejas referidas a la búsqueda de opciones alternativas para ejercer el rol de padre y madre por medio de vínculos cercanos con mascotas, familiares, amistades, así como también mediante la adopción o donación de gametos.
I: Apropiación del lenguaje técnico	Estrategias encaminadas a la adquisición y manejo de conocimiento y terminología especializada en infertilidad para

			eliminar el estrés que les produce la interacción con los diferentes protocolos de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.
5 Reflexiones de la experiencia	Reflexiones subjetivas que los hombres, mujeres y parejas entrevistados hacen sobre su experiencia del proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.	<p>A: Reflexiones personales y de la pareja</p> <p>B: Recomendaciones a los diversos profesionales encargados de tratamientos de infertilidad</p> <p>C: Reflexiones dirigidas a los pares</p>	<p>Consideraciones personales que narraron las y los sujetos entrevistados, producto del análisis reflexivo de la experiencia vivida durante el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.</p> <p>Aquellas reflexiones y opiniones que narraron en relación al abordaje profesional y el trato personal recibido por parte de los profesionales involucrados en los diversos tratamientos relacionados con la infertilidad.</p> <p>Incluye todas aquellas recomendaciones específicas hechas por los hombres, las mujeres y las parejas entrevistados para otras personas directamente afectadas por un diagnóstico de infertilidad. Este</p>

apartado tiene la intención de solventar la soledad explícita de las y los participantes de hacer llegar a la población con infertilidad algunos datos anecdóticos que ellos consideraron les hubiera gustado y ayudado conocer antes de iniciar un tratamiento.

Superfamilia 3: Consecuencias

Las reacciones emocionales o conductuales que tuvieron los sujetos de investigación según las interpretaciones que hicieron sobre recibir el diagnóstico de infertilidad propio o de su pareja

Familias	Definición	Categorías	Definición
1 Secuelas Físicas	Cambios y síntomas que se evidenciaron en el cuerpo y en la salud física después de haberse sometido a los procedimientos de diagnóstico y tratamientos de la infertilidad.	A: Secuelas en la salud física B: Manifestaciones físicas de origen psicofisiológico	Impacto que han tenido en su salud física debido condiciones de salud previas relacionadas al diagnóstico de infertilidad y/o por efectos secundarios del tratamiento de esta condición. Impacto sobre la salud física por causas que se pueden relacionar con trastornos de origen psicofisiológico.

2	Secuelas Psicológicas	Cambios y síntomas que se evidencian en el desajuste emocional del hombre, la mujer y la pareja después de haberse sometido a los procedimientos y que impactan su afectividad, comunicación y sexualidad.	A: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la sexualidad de la pareja	Aumento o disminución en calidad y/o cantidad de los encuentros sexuales tras la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.
			B: Secuelas psicológicas del diagnóstico y tratamiento	El desajuste emocional ocurrido en el hombre y la mujer producto del diagnóstico y tratamiento, ya sea propio o de su pareja.
			C: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la afectividad de la pareja	Aumento o disminución en calidad y/o cantidad de las muestras de afecto tras la experiencia del diagnóstico y tratamiento ya sea propio o de su pareja.
			D: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la comunicación de la pareja	Aumento o disminución en calidad y/o cantidad de la comunicación tras la experiencia del diagnóstico y tratamiento ya sea propio o de su pareja.
3	Impacto en el Autoconcepto	Comprende todo lo referido por las y los participantes con relación a los cambios en el concepto que	A: Autoconcepto posterior al diagnóstico	Todos aquellos aspectos que describen el impacto y la consecuente modificación en la

tienen de sí mismos a partir del diagnóstico de infertilidad y/o tras haber recibido tratamientos de reproducción asistida, así como el impacto en la percepción de éxito y realización personal que manifestaron en relación a haber logrado o no la maternidad y paternidad.

percepción que tienen de sí mismos(as) las mujeres y los hombres, desde el momento en que identifican que no pueden: concebir naturalmente, lograr un embarazo a término o a partir de que se les diagnóstica la condición de infertilidad por parte de un(a) especialista.

B: Impacto por la transformación del cuerpo

Conjunto de descripciones que hacen las mujeres del proceso de adaptación emocional relacionado a los cambios que sufre el propio cuerpo o el de su pareja a causa un tratamiento de reproducción asistida o el consecuente embarazo.

C: Percepción de éxito personal y realización personal asociados a la maternidad y paternidad

Conjunto de cogniciones y emociones que los hombres y las mujeres asocian con la percepción de sí mismos como personas exitosas o realizadas en su proyecto de vida, dependiendo específicamente de

			haber o no concretado la paternidad y maternidad.
4	Secuelas Sociales	Cambios que se evidencian en la interacción que tiene el hombre, la mujer y la pareja en sus vinculaciones sociales y familiares, su desempeño en el trabajo y en la economía familiar.	<p>A: Secuelas en la Interacción social</p> <p>Aumento o disminución en calidad y/o cantidad en las vinculaciones sociales del hombre o la mujer tras la experiencia del diagnóstico y tratamiento ya sea propio o de su pareja.</p> <p>B: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en el trabajo</p> <p>Disminución en el rendimiento o en la satisfacción del puesto de trabajo tras la experiencia del diagnóstico y tratamiento ya sea propio o de su pareja.</p> <p>C: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la familia</p> <p>Afectación de los miembros de la familia relacionada al diagnóstico y tratamiento de la pareja.</p> <p>D: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la economía de la pareja</p> <p>Afectación de la economía de la familia debido a los gastos asociados al diagnóstico, tratamiento y/o embarazo.</p>
5	Cambio en estilo de vida	Nuevos estilos de vida que se empiezan a asumir de manera	Cambio en el estilo de vida
			Los nuevos estilos de vida que se empiezan a asumir de manera

individual o en pareja después del diagnóstico y/o el tratamiento por infertilidad.

individual o en pareja después del diagnóstico, del tratamiento y en algunos casos del embarazo, es decir actividades que los hombres, mujeres o parejas dejaron de hacer o empezaron a hacer a raíz de dichas circunstancias.

Detalle de las descripciones y delimitaciones otorgadas por las sustentantes al definir a las superfamilias, familias y categorías encontradas en el análisis temático de los resultados de las entrevistas a profundidad.

Tabla 5

Modelo de categorización contemplando la presencia o ausencia de datos según población.

Superfamilia 1: Antecedentes

Familias	Categorías	Población	Población	Población
		Hombres	Mujeres	Parejas
1 Caracterización de la población	A: Descripción personal.	Sí	Sí	No
	B: Significado atribuido a la pareja	Sí	Sí	No
	C: Descripción del diagnóstico	Sí	Sí	No
	D. Cantidad y tipos de tratamientos realizados	Sí	Sí	No
	E: Factores facilitadores	Sí	Sí	Sí
2 Influencias sociales	A. Influencia de la opinión de otras personas externas a la pareja	Sí	Sí	No
	B: Influencia de la religión	Sí	Sí	Sí
	C: Mitos y creencias asociadas al diagnóstico y tratamiento	Sí	Sí	Sí

3	Expectativas sobre la paternidad y maternidad	A: Significado atribuido a ser madre y padre	Sí	Sí	No
		B: Motivaciones asociadas a la búsqueda de la paternidad y maternidad	Sí	Sí	No
		C: Motivaciones para realizarse el tratamiento	Sí	Sí	No

Superfamilia 2: Interpretaciones

Familias	Categorías	Población	Población	Población	
		Hombres	Mujeres	Parejas	
1	Percepciones sobre la condición de Infertilidad	A: Percepción del diagnóstico	Sí	Sí	Sí
		B: Percepción del tratamiento	Sí	Sí	Sí
		C: Percepción del embarazo	Sí	Sí	Sí
		D: Percepción de la maternidad y paternidad durante o posterior al tratamiento	Sí	Sí	No
2	Redes de apoyo	A: Acompañamiento terapéutico	Sí	Sí	Sí
		B: Apoyo percibido de su pareja	Sí	Sí	No
		C: Apoyo percibido de parte de otras personas externas a su pareja	Sí	Sí	Sí
		D: Apoyo brindado a su pareja	Sí	Sí	No
3	Duelo	A: Duelo por la pérdida de la fertilidad e imposibilidad de la maternidad y paternidad	Sí	Sí	No
		B: Duelo por tratamientos fallidos	Sí	Sí	Sí
		C: Duelo por pérdida del embarazo	Sí	Sí	Sí

4	Estrategias de Afrontamiento	A: Autocrítica	Sí	Sí	No
		B: Evitación de problemas:	Sí	Sí	Sí
		C: Expresión emocional:	Sí	Sí	Sí
		D: Búsqueda de apoyo social y/o actividades distractoras:	Sí	Sí	Sí
		E: Reestructuración cognitiva:	Sí	Sí	No
		F: Resolución de problemas:	Sí	Sí	No
		G: Afrontamiento espiritual-religioso	Sí	Sí	Sí
		H: Paternidades y maternidades alternativas	Sí	Sí	Sí
		I: Apropriación del lenguaje técnico	Sí	Sí	No
5	Reflexiones de la experiencia	A: Reflexiones personales y de la pareja	Sí	Sí	Sí
		B: Recomendaciones a los diversos profesionales encargados de tratamientos de infertilidad:	Sí	Sí	Sí
		C: Reflexiones dirigidas a los pares.	Sí	Sí	Sí

Superfamilia 3: Consecuencias

	Familias	Categorías	Población	Población	Población
			Hombres	Mujeres	Pareja
1	Secuelas Físicas	A: Secuelas Físicas del tratamiento en el hombre y en la mujer	Sí	Sí	No

		B: Manifestaciones físicas de origen psicofisiológico.	Sí	Sí	No
2	Secuelas Psicológicas	A: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la sexualidad	Sí	Sí	Sí
		B: Secuelas psicológicas del diagnóstico y tratamiento	Sí	Sí	No
		C: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la afectividad de la pareja	No	No	Sí
		D: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la comunicación de la pareja	No	No	Sí
3	Impacto en el Autoconcepto	A: Autoconcepto posterior al diagnóstico	Sí	Sí	No
		B: Impacto por la transformación del cuerpo	No	Sí	No
		C: Percepción de éxito personal y realización personal asociados a la maternidad y paternidad	Sí	Sí	No
4	Secuelas Sociales	A: Interacción social	Sí	Sí	No
		B: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en el trabajo	Sí	Sí	No
		C: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la familia	No	Sí	No
		D: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la economía de la pareja	No	No	Sí
5	Cambio en estilo de vida	Cambio en el estilo de vida	Sí	Sí	Sí

Descripción general de las tres superfamilias, trece familias y cuarenta y ocho categorías teóricas surgidas del análisis temático de los discursos expresados en las entrevistas a profundidad. Se indica la presencia o ausencia de datos para cada una según la población de hombres, mujeres y pareja.

Ahora bien, con respecto a los criterios para garantizar la calidad de la información, se desea indicar que esto se logró mediante la triangulación la cual es entendida por el famoso metodólogo Denzín (1990, citado en Donolo 2009) como “la aplicación y combinación de varias metodologías de la investigación en el estudio de un mismo fenómeno” (p. 3). En el presente trabajo, este cometido se logró buscando datos convergentes en fuentes separadas: revisión bibliográfica, entrevista, aplicación de instrumento e incluso entre las observaciones y perspectivas de las mismas investigadoras, para determinar si los datos eran consistentes, tomando en cuenta que la validez en investigación cualitativa “se refiere al grado en el cual hay un descubrimiento que tiene sentido, capta la experiencia, se confirma y es confirmable por otros” (Kazdin, 2001, p. 254). Se destaca que esa triangulación de los análisis entre investigadoras se logró preguntándose entre ellas “¿son cohesivas las interpretaciones y captan la experiencia?” (p.253) tal como lo indica la teoría.

Por su parte, la calidad de los hallazgos obtenidos mediante las entrevistas se buscó a través de a) la validación de la guía con expertos, tal como fue detallado al inicio de este capítulo. También a través de b) la grabación de las entrevistas y c) la transcripción realizada de forma literal. Además, para las entrevistas se tomaron en cuenta principios fundamentales en esta técnica como el que las entrevistadoras no condujeran a los participantes según ideas preconcebidas, ni promovieran sus respuestas mediante la expresión de aprobación o desaprobación (Mack et al. 2005). Todas las entrevistas se llevaron a cabo con las dos investigadoras presentes, para homogenizar el estilo de la misma y corroborar las principales observaciones.

Asimismo con respecto al análisis, la calidad se logró al acceder a un número de casos que generara descubrimientos similares, mostrando la replicación y las bases de la generalización

relativa propuestas por Gray (2004). También, mediante la externalización y el registro de las investigadoras por medio de bitácoras de campo en donde se anotaron “sus propios puntos de vista, incluyendo cómo pudieron o no haber sido cumplidas sus expectativas, lo que haya sido consistente y discrepante de cualquier punto de vista preconcebido” (Kazdin, 2001, p.253). El considerar estas reflexiones dentro del análisis de los resultados, permite a otros en la comunidad científica evaluar las interpretaciones con base en las influencias de las investigadoras que sean potencialmente relevantes. Además de lo anterior, se pusieron a disposición del equipo asesor los datos en bruto de la investigación, para permitir una revisión de cómo la información “objetiva” como las transcripciones y los datos de los instrumentos, reflejaron los temas que se identificaron en el análisis (Kazdin, 2001). Finalmente, siguiendo a Creswell (s.f.) se enriqueció el valor de los datos mediante la colaboración de las y los participantes en la validación del análisis, mediante la retroalimentación sobre las interpretaciones que las investigadoras hacían de su realidad y significados, lo cual se hizo en diferentes momentos de las sesiones de entrevistas con especial énfasis en la sesión final cuando se hizo una devolución por parte de las investigadoras de la información analizada de los instrumentos, la cual fue contrastada con lo aportado por cada individuo en las otras sesiones de entrevista lo que permitió el trabajo en conjunto investigadoras-participantes sobre la calidad de los datos obtenidos.

Para concluir este marco metodológico, se desea dejar constancia del aporte individual de cada sustentante a este proceso, el cual como se ha explicado antes fue dirigido por ambas en función del mismo problema de investigación: con respecto al proceso de instrucción teórico-metodológica y la creación de la guía de entrevista estos fueron construidos en su totalidad de forma simultánea por ambas proponentes. Asimismo, durante la etapa de recolección de

datos de la investigación aplicada ambas estuvieron presentes durante todas las entrevistas realizadas, y de igual forma, la responsabilidad de los procedimientos de preparación de los datos mediante la transcripción de audio a texto se distribuyó equitativamente entre las dos. Por su parte, la información obtenida en las transcripciones, fue procesada y analizada por cada una de las estudiantes mediante el programa ATLAS.Ti, analizando cada una por aparte los datos que le correspondían, según la población que tenían a su cargo: una se concentró en la población de mujeres y la otra en la población de hombres, finalmente ambas construyeron conjuntamente los resultados para población de parejas. Posiblemente lo más enriquecedor de esta modalidad, fue que los resultados produjeron tres discusiones independientes correspondientes a las tres poblaciones y los hallazgos surgidos en los análisis individuales se contrastaron y vincularon en función de las diferencias y semejanzas para un análisis integral desde las distintas percepciones del fenómeno de la infertilidad.

En suma, los aportes construidos a partir de la revisión bibliográfica, del aprendizaje teórico obtenido en el proceso de instrucción y de la sistematización y análisis de los resultados, dieron lugar a importantes hallazgos que permitieron el surgimiento de nuevos planteamientos teóricos alusivos al tema de la infertilidad, y todo esto aunado a la contextualización nacional del tema, dio como resultado la presente memoria del seminario de graduación.

CAPITULO IV

Resultados y Discusión de Resultados

En este capítulo se presentarán los resultados de la investigación y la discusión de los mismos, a través de la integración del discurso de los sujetos de investigación con la teoría correspondiente. La información será presentada en tres grandes superfamilias teóricas que tienen como referente el esquema del modelo cognitivo A-B-C el cual se divide en antecedentes, interpretaciones y consecuencias.

Cada una de esas superfamilias está conformada por familias teóricas distintas y sus consecuentes categorías, las cuales serán presentadas de modo independiente para cada población estudiada: hombres, mujeres y parejas, según corresponda, ya que de acuerdo con la sistematización de la información brindada por las y los participantes de esta investigación, el análisis de algunas categorías teóricas no aportó resultados para la comprensión de la vivencia de las mismas desde algunas de esas poblaciones.

Superfamilia 1: Antecedentes

El apartado de los antecedentes consiste en una descripción de los estímulos ambientales externos a los que estuvieron expuestos los sujetos de investigación antes de recibir el diagnóstico de infertilidad. Es decir, son todos aquellos eventos o experiencias previas que modelaron los patrones cognitivo-conductuales de los sujetos participantes, como sus características personales, familiares, condiciones educativas, de salud, socioeconómicas y culturales; las cuales permearon de manera muy específica la forma en la que los sujetos interpretaron la experiencia de su propio diagnóstico y tratamiento o el de su pareja, tal como

se pudo indagar en esta investigación. De acuerdo con esta premisa, este apartado está compuesto por tres familias teóricas que engloban el conjunto de estímulos ambientales externos identificados por las investigadoras en el discurso de las y los participantes, ellas son: 1) Caracterización de la población que se conforma de seis categorías, 2) Influencias sociales que está conformado por cuatro categorías y 3) Expectativas sobre la paternidad y maternidad conformado por tres categorías.

❖ **Familia 1: Caracterización de la población**

La recolección de los datos de esta investigación se obtuvo a partir de una muestra de siete casos, conformados por un total de doce participantes, en donde cinco eran hombres de edades entre los 33 y 49 años y siete eran mujeres de edades entre los 32 y 39 años. De los hombres y las mujeres participantes, había cinco relaciones de pareja y las dos personas restantes eran mujeres con participación individual ya que sus respectivas parejas decidieron no ser parte del estudio.

Respecto a la orientación sexual las y los participantes se caracterizaron como heterosexuales y sobre el estado civil todos se encontraban casados. Los doce participantes de manera variable habían contraído matrimonio por la Iglesia o civil, pero solamente uno de los hombres estuvo casado previamente. Todos ellos tuvieron de seis meses a diez años de relación de noviazgo previos a contraer matrimonio y a la fecha de la última entrevista en marzo del 2016, reportaron tener entre seis y diez años de casados.

Tanto los hombres como las mujeres eran profesionales, se encontraban laboralmente activos y en sus trabajos tenían altos puestos o eran sus propios jefes. La condición socioeconómica de todos era media alta y esto les permitió realizar las consultas y tratamientos médicos en el

sector privado. A continuación se muestra una tabla con el detalle de cómo se hará la referencia a los aportes de cada participante para su debida identificación:

Tabla 6

Identificación de los participantes

Casos	Condición de la participación	Identificación por participante
Caso 1	Pareja	Mujer 1
		Hombre 1
Caso 2	Individual	Mujer 2
Caso 3	Pareja	Mujer 3
		Hombre 3
Caso 4	Pareja	Mujer 4
		Hombre 4
Caso 5	Pareja	Mujer 5
		Hombre 5
Caso 6	Individual	Mujer 6
Caso 7	Pareja	Mujer 7
		Hombre 7

Reporte de identificación de los casos e indicación de la participación individual o en pareja

Respecto al diagnóstico, las causas fueron diversas y el origen fue identificado en los siete casos por factor femenino, masculino o mixto de esta manera: en cinco mujeres (todas entrevistadas), en cuatro hombres (tres entrevistados), en una pareja (ambos entrevistados y contemplados individualmente), y en el esposo (no entrevistado) de una de las mujeres participantes, que si bien no formó parte activa de los sujetos de investigación fue importante evidenciar algunos datos de su caso por el impacto que tuvo en su esposa y en ambos como pareja. Asimismo, los siete casos recibieron el diagnóstico de infertilidad primaria por parte de profesionales en medicina reproductiva dentro y fuera de nuestro país y entre los factores asociados se encontraron causas genéticas, ambientales y la edad principalmente.

Sobre el tratamiento, solamente seis casos decidieron hacerse tratamiento con los procedimientos de RMA: Inseminación Artificial y Fertilización In Vitro, las cuales en algunas de las mujeres se realizaron más de una vez, de manera exclusiva cada técnica o combinando ambas; el caso restante optó por no realizarse ningún tratamiento. Solamente dos casos tuvieron el resultado esperado con la aplicación de las técnicas, logrando el embarazo y dando término al mismo, un caso con gemelos y otro caso con una niña, teniendo a la fecha de las entrevistas a principios del 2016, dos y tres años respectivamente.

A continuación se muestra una tabla en donde se especifican las condiciones clínicas de cada caso:

Tabla 7*Descripción del cuadro clínico por caso*

Caso	Origen del factor de la infertilidad	Diagnósticos previos de salud	Diagnósticos asociados a infertilidad	Tratamiento	Abortos	Resultado
		Mujer 1:	Mujer 1:	Mujer 1:	Mujer 1:	Mujer 1:
		-Antecedentes de ansiedad	-Trastorno ovulatorio -Incompatibilidad inmunológica con su pareja	- 3 inseminaciones artificiales -Linfoterapia	- 1 Tratamiento fallido -Un aborto por embarazo anembrionario	-Embarazo gemelar, niño y niña -A la fecha entrevista niños 2 años
Caso 1	Factor Femenino	Hombre 1:	Hombre 1:	Hombre 1:		
		-Urticaria	-Incompatibilidad inmunológica con su pareja.	-Linfoterapia		

Caso	Origen del factor de la infertilidad	Diagnósticos previos de salud	Diagnósticos asociados a infertilidad	Tratamiento	Abortos	Resultado
		Mujer 2:	Mujer 2:	Mujer 2:	Mujer 2:	Mujer 2:
		-Antecedentes de obesidad con intervención quirúrgica bariátrica	-Ninguno	-Ninguno	-No embarazo	-Decisión de no continuar con el tratamiento dándole prioridad al matrimonio
Caso 2	Factor Masculino: Esposo (no entrevistado)	-Trastorno de ansiedad con ataques de pánico				
		Hombre no entrevistado:	Hombre no entrevistado:	Hombre no entrevistado:		Hombre no entrevistado:
		-Ninguno	-Azoospermia por falla testicular de origen idiopático. -Hipogonadismo	-Suspensión de inyecciones de testosterona de depósito debido a que disminuían producción de espermatozoides		-Decisión de no continuar con el tratamiento dándole prioridad al matrimonio

Caso	Origen del factor de la infertilidad	Diagnósticos previos de salud	Diagnósticos asociados a infertilidad	Tratamiento	Abortos	Resultado
		Mujer 3:	Mujer 3:	Mujer 3:	Mujer 3:	Mujer 3:
		-Ninguno	-Trompas obstruidas. Una parcialmente permeable y la otra no -Incompatibilidad inmunológica con su pareja	-2 Inseminaciones Artificiales	-1 aborto por embarazo anembriónico	- Embarazo individual con riesgo de aborto -Depresión postparto. -A la fecha de entrevista de niña 3 años
Caso 3	Factor Femenino	Hombre 3:	Hombre 3:			Hombre 3:
		-Ninguno	-Ninguno -Incompatibilidad inmunológica con su pareja			-A la fecha de entrevista niña de 3 años

Caso	Origen del factor de la infertilidad	Diagnósticos previos de salud	Diagnósticos asociados a infertilidad	Tratamiento	Abortos	Resultado
		Mujer 4:	Mujer 4:	Mujer 4:	Mujer 4:	Mujer 4:
		-Microadenoma hipofisiario: Prolactinoma	-Trastorno ovulatorio	-4 Inseminaciones Artificiales	-3 tratamientos fallidos	-No embarazo. Deciden dar tiempo para recuperarse emocionalmente y ver si lo intentan después
		-Hipotiroidismo		-1 In Vitro	-2 abortos por embarazo anembriónico	
		-Displasias uterinas				
Caso 4	Factor Mixto					
		Hombre 4:	Hombre 4:	Hombre 4:		Hombre 4:
		-Ninguno	-Varicocele operado	-Varicocelelectomía		-No embarazo. Deciden dar tiempo para recuperarse emocionalmente y ver si lo intentan después
			- Oligospermia			

Caso	Origen del factor de la infertilidad	Diagnósticos previos de salud	Diagnósticos asociados a infertilidad	Tratamiento	Abortos	Resultado
		Mujer 5:	Mujer 5:	Mujer 5:	Mujer 5:	Mujer 5:
		-Quistes ováricos -Síndrome tripleX -Hernia en L6 y S1 -Tumoración en nervio óptico	-Menopausia prematura	-Decisión de no someterse a tratamiento	-No embarazo	-Ninguno
Caso 5	Factor Femenino	Hombre 5:	Hombre 5:	Hombre 5:		Hombre 5:
		- Nunca se realizó exámenes de diagnóstico	-Nunca se realizó exámenes de diagnóstico	-Ninguno		-Ninguno

Caso	Origen del factor de la infertilidad	Diagnósticos previos de salud	Diagnósticos asociados a infertilidad	Tratamiento	Abortos	Resultado
	Mujer 6	Mujer 6:	Mujer 6:	Mujer 6:	Mujer 6:	Mujer 6:
		-Ninguno	-Quiste en ovario derecho -Endometriosis grado 4 -Trompas con líquido -Incompatibilidad inmunológica -Trombofilias -Recesión de gen -Hormona tiroidea alterada	-1 FIV con tres embriones implantados	-Tratamiento fallido -No embarazo	-No embarazo. En espera de realizar otra FIV. -Inicio de proceso en el PANI para considerar la opción de adoptar.
Caso 6	Factor Femenino	Hombre (no entrevistado):	Hombre (no entrevistado):			
		-Ninguno	-Ninguno			

Caso	Origen del factor de la infertilidad	Diagnósticos previos de salud	Diagnósticos asociados a infertilidad	Tratamiento	Abortos	Resultado
		Mujer 7:	Mujer 7:	Mujer 7:	Mujer 7:	Mujer 7:
		-Hernia en columna	-Problema ovulatorio -Incompatibilidad inmunológica con su pareja	-3 Inseminaciones Artificiales -1 FIV -Linfoterapia	-4 tratamientos fallidos, no embarazo	-En tratamiento, para segunda FIV un mes después de última visita.
Caso 7	Factor Femenino	Hombre 7:	Hombre 7:	Hombre 7:		Hombre 7:
		-Hipertensión	-Ninguno -Incompatibilidad inmunológica con su pareja	-Linfoterapia		-En tratamiento, para segunda FIV un mes después de última visita.

En esta tabla se delimita la información alusiva a la persona que recibió el diagnóstico, ya sea factor masculino o femenino, si tenía o no antecedentes de salud, las condiciones relacionadas con el diagnóstico de infertilidad, el tipo de tratamiento practicado y el resultado obtenido.

Es importante profundizar en la exploración de la población estudiada, pero para que el lector o lectora pueda conocerle con más detalle, se vuelve necesario visibilizar cómo las investigadoras adecuaron a su método de entrevista, dada la naturaleza compleja y sensible del tema investigado, la estrategia del esfuerzo cooperativo, que como se explicó en la metodología, consiste en generar un vínculo de confianza entre ellas y las personas entrevistadas y fue así como se pudo acceder a sus historias de vida en relación al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

En una primera sesión, se hizo un anclaje biográfico en donde se les pedía realizar una presentación personal en la que se pudiera conocer más sobre sus vidas, intereses, labores y que pudieran hacer una descripción de sí mismos/as. Fue así como las y los entrevistados se fueron sintiendo en la comodidad de hablar sobre sus vidas, de modo que en sesiones posteriores cuando se conversó sobre el tema principal que los convocaba a este estudio: el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, no hubo en ningún caso, incomodidad alguna. “La narración de un proceso de vida es una constante ficción entre sujeto, espacio, tiempo y relato del propio actor social. Este entramado de relaciones, de relatos y ficciones nos permite entender tiempos y destiempos, así como desencuentros entre los momentos de vida de un sujeto específico y el devenir histórico” (Medina, 1994, p.168). De acuerdo con la anterior premisa, los sujetos entrevistados, tuvieron de manera generalizada, una narración de los hechos bastante activa durante las entrevistas, ya fuera contestando las preguntas que se les realizaban o teniendo ellos mismos la iniciativa de ampliar los temas abordados o sugerir otros relacionados.

Para esta investigación fue importante indagar las características específicas de la población investigada para poder contar con una contextualización que permitiera un análisis apropiado a las cogniciones, emociones y conductas específicas de esta población, ya que se sabe que de acuerdo con la cultura en la que se está inmerso y las demandas o expectativas que se designan a las personas dentro la misma, se van a desarrollar patrones de conducta esperados para cada sexo, según las construcciones sociales que se hacen respecto a lo que implica y significa en esa sociedad ser hombre o ser mujer y es la identidad que ese hombre o esa mujer construyen respecto a sí mismos, lo que va a determinar en gran medida la forma en que se desenvuelven en sus entornos (Hardy y Jiménez, 2001). Tal como lo indica Facio (1992) "la estructuración del género llega a convertirse en un hecho social de tanta fuerza que hasta se piensa que es "natural". Por eso resulta importante darse cuenta que, si bien las diferencias sexuales son una base sobre la que se asienta una determinada división sexual del trabajo y por lo tanto, cierta distribución de papeles sociales, esta distribución no es "natural" (p. 42). Aun cuando esas distribuciones no sean naturales, es decir las características, roles y patrones de pensamiento y conducta asociados a los sexos respondan únicamente a construcciones socioculturales, la pertenencia a un sexo dentro de determinada sociedad y sus implicaciones, es un tema que debe ser siempre analizado dentro de las ciencias sociales y por ende tiene especial relevancia en este estudio "ya que es la sociedad (siempre y en todo momento) la que dictamina qué características y cuánto poder deben y pueden tener uno y otro sexo" (Facio, 1992, p.54). En esta investigación, tal como se evidenció en líneas anteriores, el papel que tiene el género es de gran importancia al ser uno de los ejes transversales del estudio, análisis y comprensión de todos los temas vinculados con la población meta, visibilizando las diferencias existentes entre hombres y mujeres, así como desde la dinámica de parejas, dentro del fenómeno social de la reproducción médicamente asistida en Costa Rica y desde

los aportes de la Psicología. Cabe destacar que las anteriores descripciones fueron determinantes para caracterizar el discurso de las y los participantes, el cual en general fue muy fluido, con un léxico bastante elaborado. También, sus aportes evidenciaron ser bastante críticos y propositivos, sin limitarse a lo que las investigadoras preguntaban.

De acuerdo con los planteamientos anteriores, es que las investigadoras fundamentaron la construcción de esta primera familia teórica, que contemplará todos los datos que las y los participantes refirieron a sí mismos, a su pareja, a la descripción general de los procedimientos experimentados y a factores socioeconómicos, que influyeron y mediaron directamente la forma en que las mujeres, hombres y parejas interpretaban la experiencia de su diagnóstico y tratamiento o el de su pareja. Por lo tanto, el desarrollo de esta familia teórica se fundamentó a través de cinco categorías teóricas que se explicarán de manera específica para cada una de las tres poblaciones de esta investigación: descripción personal, significado atribuido a la pareja, descripción del diagnóstico, tipo y cantidad de tratamientos realizados y factores facilitadores del tratamiento.

Categoría A: Descripción personal

Para los objetivos de esta investigación, fue importante conocer cómo los sujetos de investigación se caracterizaban a sí mismos, de modo que la descripción personal es la primera categoría alusiva a esta familia teórica y fue definida por las investigadoras como todas aquellas características mediante las que se describen a sí mismas las personas entrevistadas, por ejemplo rasgos de personalidad, cómo describen el lugar que tienen en las interacciones sociales, si tenían algún hobby o practicaban alguna disciplina cultural o deportiva.

➤ *Población Hombre:*

Los hombres, tuvieron entre sí distintos grados de participación. En todas las sesiones de entrevista, tres de ellos siempre tuvieron un discurso muy amplio y fluido siendo a veces más desarrollado que el de sus esposas y los otros dos si bien tenían la anuencia de compartir con las investigadoras la información solicitada, tuvieron un discurso más reducido y entrecortado limitándolo exclusivamente a lo que se les preguntaba.

Al respecto, cabe destacar que en general, todos los hombres se definieron como personas muy tranquilas y reservadas: *“me considero de pocos amigos, soy como que guardo mucho las cosas”*-hombre 5, con un perfil de interacción social reducido dando prioridad a la vida familiar y al trabajo: *“no soy de muchos amigos, ante todo la familia y el trabajo”*-hombre 7, y algunos de ellos buscaban el deporte como válvula de escape ante eventos positivos y negativos siendo la natación, el ciclismo y los deportes de contacto los predilectos, que más allá de tenerlos como hobby los ejercían como disciplina. Además muy prácticos a la hora de tomar decisiones: *“me considero una persona perseverante, si yo veo que algo no me está resultando, automáticamente busco otra solución para llegar a esa meta”*-hombre 5.

La masculinidad es algo que se construye a lo largo de la vida y tiene sus variaciones según las características sociales, económicas, demográficas y propias del ambiente en el que crece y vive el hombre (Hardy y Jiménez, 2001), afirmación que refleja concordancias en el discurso de los hombres que participaron en el estudio, teniendo la mayoría de ellos posiciones y criterios similares respecto a características como: tener un perfil pasivo de interacción social, poca facilidad o interés en expresar lo que piensan y sienten, considerar el trabajo como uno de sus principales refugios y ser muy prácticos en la toma de decisiones,

lo cual será ampliado también en el desarrollo de otras familias teóricas. Estas cualidades son semejantes a las designaciones sociales masculinas de una sociedad patriarcal como la costarricense, la cual enseña de manera explícita e implícita la forma en que debe pensar, sentir y actuar el hombre, esperando que no muestre sus sentimientos, ya que al hacerlo deja de ser esa figura fuerte y controlada, porque “ser hombre significa tener y ejercer poder” (Hardy y Jiménez, 2001, p. 80), suprimiendo emociones y necesidades de distinta índole y supeditando su éxito y mayor grado de funcionalidad social a un campo de muchas exigencias como lo es el campo laboral. Tal como lo plantea Fuller (2001) se comprueba que en la época actual, el trabajo constituye un eje en la identidad de género, siendo en este caso uno de los principales referentes de masculinidad, saliendo a relucir tanto en su presentación personal como en temas que se abordarán posteriormente.

➤ *Población Mujer:*

Las siete mujeres entrevistadas, tuvieron un alto grado de participación. En todas las sesiones de entrevista, siempre tuvieron un discurso muy amplio y fluido, así como gran anuencia de compartir con las investigadoras la información solicitada, sin limitarse exclusivamente a lo que se les preguntaba.

Las mujeres se describieron a sí mismas, dándole énfasis a su afectividad y a rasgos de personalidad asociados al orden y al control: “*soy súper ordenada, disciplinada, obsesiva en el orden*” -mujer 1, “*soy un poquito obsesiva, mi personalidad es un poquito obsesiva, soy un poco perfeccionista*” -mujer 2, “*yo por naturaleza soy ansiosa, por una cuestión de personalidad*”-mujer 3, “*yo soy súper llorona, súper sensible y chineada*”-mujer 4, “*soy workaholic*”-mujer 7. Además, entre sus pasatiempos reconocieron preferir actividades

diferentes a las de los hombres: *“ahora tengo menos tiempo porque como me metí a estudiar otra vez”*-mujer 4, *“me gusta andar en bicicleta también los fines de semana, no soy tan competitiva ni súper fiebre, si mis sobrinos me llaman vamos de paseo y dejo la bici botada, primero está la familia y después está todo lo demás*-mujer 5, *“me gusta leer, amo el silencio, la paz y la tranquilidad”*-mujer 6. Estas características reportadas por ellas, fueron evidencia de cómo suelen manejar todo lo que sucede a su alrededor, las decisiones que toman y la forma en que reaccionan ante diversidad de circunstancias. Cabe destacar, que de acuerdo a lo considerado por las investigadoras, los rasgos de ansiedad, obsesión y compulsión identificados por ellas en esta presentación inicial, se vieron potenciados después con el diagnóstico y el tratamiento, como se analizará en las próximas categorías.

Un aspecto sobresaliente, que no se dio con la población masculina, fue que cuando las mujeres se estaban presentando, introdujeron información alusiva a la necesidad de ser escuchadas dada su condición, reconociendo la importancia de compartir con profesionales cómo es que viven la experiencia del diagnóstico y el tratamiento: *“no me molestan este tipo de entrevistas, siento la necesidad de contarle a la gente lo que uno ha vivido, talvez mi esposo es un poquito más reservado, los hombres siempre son más reservados, si tengo que decirle a alguien lo que siento, lo que he pasado, lo voy a hacer. Si sirve para algo lo voy a hacer, si tengo que ir con pancartas a la Asamblea Legislativa lo voy a hacer”* -mujer 4.

Categoría B: Significado atribuido a la pareja

Como eje importante dentro de la caracterización de la población, se exploró el significado atribuido a la pareja, entendido por las investigadoras como las características que las y los sujetos de investigación le atribuyeron a la condición de tener una pareja en su vida, lo cual

permitió tener una noción del tipo de ideas alusivas a ese rol, tanto de ser pareja como de tener una, pudiendo las investigadoras aproximarse a la comprensión de la naturaleza de sus vínculos, de sus deseos y de sus expectativas.

➤ *Población Hombre:*

De manera generalizada, los cinco hombres entrevistados para esta investigación, comentaron que la pareja debe cumplir un rol similar al suyo en cuanto a responsabilidades y funciones, pero a la vez que se diferencien en algunas cosas porque finalmente esa integración diversificada es la que permite que la interacción funcione: *“pareja es alguien que lo complementa, pero tiene que ser alguien que tiene cosas que usted no tenga”*-hombre 1. Mencionaron también, que es de quien puedan recibir lo mismo que se da: *“es alguien con quien compartir, con quien vivir, con quien sentirse cómodo, a quien apoyar, alguien en quien confiar”*-hombre 7, pero teniendo claro que son vidas distintas que deben tener también sus propios espacios: *“somos pareja, no somos una persona, somos dos, yo tengo mis intereses, ella tiene sus cosas”*-hombre 4, es *“sentir que existe alguien que confía en uno y que le da esa libertad (...) ella siempre me ha dado mi espacio, para hacer mis cosas”*-hombre 7. A nivel psicológico, la pareja es, según Lemaire (1992), una construcción relacional sostenida por ambos miembros a través de la definición que cada uno se da a sí mismo y al otro(a), este espacio relacional está construido por la permanente interacción entre sus miembros, sus expectativas, sus contextos de origen y los actuales; estas características fueron evidenciadas en el discurso de los hombres.

Esas referencias, estuvieron siempre vinculadas a lo que se evidenció después: lo que esperan pero también reciben de sus respectivas esposas, sucediendo que todos concuerdan haberse

sentido desde el principio muy comprometidos y seguros con su relación de noviazgo, tanto que para ellos fue clara la decisión de adquirir un compromiso mayor al querer formalizar su noviazgo con el matrimonio: *“las relaciones están para tener un propósito, no para que den vueltas, por nuestra formación cristiana dijimos no podemos ser novios para toda la vida”*- hombre 3. Tal como se evidenciará más adelante para ambas poblaciones, la religión juega un papel muy importante en la caracterización, dinámicas, principios de convivencia y toma de decisiones de la mayoría de personas entrevistadas. En el caso de los hombres, marcó una pauta en el paso a un tipo de relación más formal, con más compromisos y responsabilidades como lo es el matrimonio de los siete casos investigados.

De acuerdo con lo anterior es importante señalar que, a pesar de los cambios estructurales que ha enfrentado la connotación de pareja en los últimos tiempos, perdura como sistema, probablemente por las funciones que cumple: juega un papel importante en la confirmación de la identidad, tiene un papel social como célula de la organización familiar, forma parte de un mandato social, tiene importancia en el sustento afectivo y económico, es una fuente de reaseguro sexual y juega un papel intermediario para la consecución de otros logros como la emancipación, la maternidad y la paternidad (Lemaire, 1992).

➤ *Población Mujer:*

De igual manera en que lo reportaron los hombres, las mujeres reconocieron que la pareja debe cumplir un rol similar al suyo en algunas ocasiones, pero diferente en otras, para que su integración sea diversificada: *“somos una yunta de bueyes, tenemos objetivos comunes y una muy buena relación”*-mujer 1, *“aunque tenemos muchas cosas en común, cada uno hace cosas diferentes (...) eso es bonito porque uno mantiene su identidad y yo creo que cada uno*

ha respetado eso”-mujer 3, “a pesar de las diferencias, se complementan y hacen una sola unión, es una sincronía, sin molestarnos porque nos entendemos y conocemos, yo siento que es respetar a la otra persona, respetar el espacio de la otra persona también y entender las diferencias (...) mucho de lo que nos ayuda es que somos diferentes y a pesar de que somos muy diferentes yo siento que es parte de lo que nos complementa” -mujer 4.

También, dejaron claro que ven en su pareja una fuente de apoyo y motivación muy importante: *“para mí la pareja es compañía, es completarse (...) esa persona que está contigo, que te sientes bien, que te apoya (...) es tener a alguien a quien recurrir, es esa compañía, ese compañero que está ahí a tu lado, me complementa en darme todo eso que yo necesito, yo le doy muchas cosas pero él me llena de muchas otras” -mujer 6.* De igual manera: *“es como esa confianza, como mucha transparencia y nos contamos las cosas, entonces como amigos también, no solo pareja. Vamos juntos pero como ahí, cada uno de la mano sin asfixiar al otro yo creo (...) es como un compañero verdad, para mí es un amigo, alguien que está ahí en las buenas y en las malas verdad, día y es como un compañero de viaje”-mujer 7.*

Así como también lo reconocieron los hombres, ellas comentaron haberse sentido desde el principio muy comprometidas y seguras con su relación de noviazgo y esto las llevó a tomar la decisión de adquirir un compromiso mayor, al querer casarse con su actual pareja. Independientemente del tiempo que fueron novios, en unos casos meses y en otros casos años, para ellas esta persona fue la más indicada no solo para compartir su vida, sino también para hacerle frente a su posterior diagnóstico y tratamiento, una vez que decidieron que ya querían tener hijos.

Categoría C: Descripción del diagnóstico

La tercera categoría que surgió dentro de esta familia, fue la descripción del diagnóstico que se le dio a los sujetos participantes. Tal como se amplió en líneas anteriores, los diagnósticos fueron de infertilidad primaria en todos los casos y el origen fue diverso tal como se especificó en la Tabla 7 donde se realizó la descripción del cuadro clínico para cada caso participante.

Existen diferencias en la manera en que se recibe y asume el diagnóstico de la infertilidad en hombres y mujeres dadas las demandas sociales asignadas a cada género. Socialmente se ha considerado que la fertilidad, es un componente importante en la identidad de las personas y por lo tanto ser diagnosticados como infértiles genera tanto en hombres como en mujeres que sientan disminuida su masculinidad y feminidad, provocando en ellos y ellas tanto de forma individual como colectiva una sensación de autodestrucción. El sufrimiento y la presión social que sufren los hombres diagnosticados pasan a ser muchas veces anulados por tener que demostrar constantemente ese papel que históricamente ha creado su identidad; entonces, la necesidad de ser y parecer fuertes y viriles se transforma en un obstáculo para que se acepte el tener problemas de fertilidad y existe una gran dificultad para reconocer estar enfermos ya que esto tiene implicaciones en sus interacciones de pareja, familia, amigos y sociedad (Hardy y Jiménez, 2001). En el caso de las mujeres, quienes viven esta etapa con mucha más sintomatología ansiosa que los hombres, suele suceder que al recibir el resultado, del cual por lo general tampoco se sospecha, tienden a bajar su ansiedad al tener una respuesta clara de lo que les sucede. Para ambos, esta es la primera experiencia del proceso que les hace entender que su condición era quizá más seria de lo que habían pensado, pero tienden a

presentar dificultades para dimensionar lo complicado y largo que puede volverse el proceso del diagnóstico y tratamiento.

➤ *Población Hombre:*

En las entrevistas a profundidad realizadas, fue interesante observar que quienes contaban primero la condición de los hombres no eran ellos, sino que eran sus esposas: *“él fue al urólogo y nos dice que sí, que efectivamente con el conteo que él tiene en ese momento, pues lograr un embarazo natural era casi imposible o imposible”*-mujer 2, o *“cuando fuimos al urólogo le dijo que tenía varicocele”*-mujer 4. Lo anterior resulta relevante, en tanto autores como Hardy y Jiménez (2001) indican que la socialización impone a los hombres cualidades asociadas a fortaleza física y emocional, lo cual en análisis de las investigadoras, puede ser uno de los factores que funcionen como un obstáculo para que estos logren aceptar la necesidad de acceder a los servicios de salud, ser abiertos sobre la temática con los profesionales a cargo o con sus parejas o incluso podría interferir en que estos se realicen algún tratamiento.

Además, se destacó que en el discurso el diagnóstico de la mayoría se vivió de manera inclusiva: *“nosotros éramos una pareja para In Vitro”*- mujer 2. Tal como se evidencia en estos casos, la alusión a las circunstancias que viven en tercera persona a través de expresiones como el “nos o nosotros” son muestra de cómo la condición biológica de uno se vuelve una condición personal de ambos, tal como lo reconoce (Llavona, 2008) al recalcar que el “problema biológico de la infertilidad” sólo se evidenció cuando se somete o prueba la función reproductora en condiciones adecuadas y fracasa. De este modo, aparece una disfunción biológica en relación con la reproducción, cuya consideración no se limita a la

estricta problemática anatómico-fisiológica presente en cada caso, sino que puede trascender hacia el nivel de la procreación-paternidad. Por tanto, una vez descubierta esa disfunción orgánica puede permanecer como tal, sin incidir en la calidad de vida de la persona; puede pasar a ser un problema más de entre los diversos tipos de trastornos biológico-médicos con que han de enfrentarse en las consultas obstétricas y ginecológicas, o convertirse en un “problema personal” (p. 159). En estos casos, se evidencia como un problema personal dentro de la dinámica de la pareja.

➤ *Población Mujer:*

Con respecto a la exploración del tema del diagnóstico, las mujeres no dudaron en contar con mucho detalle cada una de las vivencias y emociones asociadas a este momento tan impactante en sus vidas: *“el doctor en algún punto llegó y me dijo empezando -su problema de infertilidad es ovulatorio-”* -mujer 4, también: *“yo tenía problemas porque la menstruación no me venía exacta como desde los 23 años, había un mes que sí y dos meses no (...) lo que yo tuve fue una premenopausia”* -mujer 5, así como: *“me dijeron que tenía una endometriosis grado 4”*-mujer 6, y *“como que uno se choquea porque talvez en mi caso son los óvulos, ovulo muy poquito, no son tan fuertes”*-mujer 7. Tal como se evidencia y se puede contrastar con la Tabla 7, todas las mujeres tuvieron experiencias distintas de diagnóstico, unas a más temprana edad que otras, unas con un diagnóstico más específico que otras.

En este caso, de forma contraria a como sucedió con los hombres, sus parejas intervinieron poco ya que ellas siempre tuvieron la iniciativa de poner en sus propias palabras todo lo ocurrido, sin embargo los dos hombres que siempre participaron más, comentaron sobre sus

esposas: *“el primer diagnóstico fue de que ella tenía los óvulos infértiles”*-hombre 1 en referencia a su esposa, y *“el doctor nos dijo después que el ultrasonido había reflejado que los folículos de ella, no crecían lo suficiente para expulsar el óvulo y después, que el cuerpo de ella mataba a mis espermatozoides”*-hombre 3 en referencia a su esposa.

Es importante indicar, que en esta investigación, se evidenció que para todas las mujeres que recibieron el diagnóstico, ese momento no fue previsto ni esperado por ninguna, aun reconociendo tener previamente algunas, un historial ginecológico complicado, ya que tal y como se expondrá extensamente en estos resultados, la fertilidad es considerada innata y rara vez es cuestionada antes de un diagnóstico médico.

Sobre el proceso de diagnóstico, Moreno-Rosset (2009) indica que *“las emociones negativas que suelen producirse ante cualquier acontecimiento vital estresante pueden disminuirse o contrarrestarse si se experimentan, a su vez, emociones positivas, en este caso derivadas de la posible solución del problema de infertilidad”* (p. 31). Al respecto, tal como lo evidencia la teoría, la población de esta investigación, al recibir la noticia sobre su condición de infertilidad, consideraron haber experimentado un importante desequilibrio emocional al principio, pero a la vez, indicaron que el tener finalmente una respuesta que explicaba por qué aún no lograban quedar embarazadas, les generó cierta tranquilidad, aunado a que el médico les indicó que era una condición que podía solucionarse a través de la reproducción médicamente asistida *“frente al diagnóstico se produce una disminución de la ansiedad y un aumento de la confianza, en estudios se ha constatado que los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva disminuyeron significativamente el día de la entrega del diagnóstico”* (Moreno-Rosset, 2009, p. 31).

Sin embargo, pese a lo anterior, debe destacarse que de manera generalizada todas las entrevistadas reconocieron haber considerado el diagnóstico de infertilidad como uno de los momentos más difíciles que les ha tocado enfrentar en sus vidas, lo cual confirma que este evento antecedente y la forma en que se presentó, permeó la manera en que cada una de las mujeres que decidió someterse al tratamiento interpretó su experiencia, tal y como se desarrollará mas adelante.

Categoría D: Cantidad y tipos de tratamientos realizados

En relación directa con la categoría anterior, surge la cuarta categoría teórica correspondiente a los tratamientos a los que se sometieron las y los sujetos de investigación, así como el número de veces que fueron realizados, tal como se puede contrastar en la Tabla 7.

➤ *Población Hombre:*

Los hombres de los casos 1, 3 y 7, fueron diagnosticados con incompatibilidad inmunológica que genera la presencia de anticuerpos bloqueadores en la pareja y no les permite reproducirse naturalmente (A. Pérez, comunicación personal, 14 abril, 2015; G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016).

Por su parte, el hombre del caso 4, tenía una condición denominada varicocele que se presenta como una inflamación de las venas que hay dentro del escroto que al encontrarse a lo largo del cordón espermático impiden una buena circulación sanguínea generando acumulación de la sangre y por ende la dilatación de las venas (A. Pérez, comunicación personal, 14 abril, 2015; G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016), en este caso el tratamiento realizado a este hombre consistió en una varicocelectomía, sobre la que comentó: “la

operación fue todo un éxito”-hombre 4, expresando su alivio al saber que ese impedimento desde el factor masculino había sido solucionado exitosamente, sin embargo en esta pareja el factor de infertilidad primario era por parte de su esposa. El esposo de la mujer del caso 2, quien no fue entrevistado, recibió el diagnóstico de azoospermia debido a hipogonadismo por falla testicular idiopática. El diagnóstico de hipogonadismo se refiere a una falla en el testículo que le dificulta realizar sus funciones y por ende se altera la producción de testosterona, generando esto la azoospermia es decir la falta de producción de espermatozoides (A. Pérez, comunicación personal, 14 abril, 2015; G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016), y en el caso de este hombre tras diversidad de estudios realizados no se había logrado encontrar la razón del fallo por eso se denominó como una condición idiopática.

Los hombres que recibieron algún diagnóstico se realizaron los siguientes tratamientos: el caso 1, 3 y 7 se hicieron una linfoterapia que es un procedimiento que permite la obtención de linfocitos de los glóbulos blancos de la pareja, lo que permite aumentar la posibilidad de la compatibilidad entre las células masculinas y femeninas y así tratar de lograr el embarazo (A. Pérez, comunicación personal, 14 abril, 2015; G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016), y el caso 4 solo fue intervenido una vez con la operación para reseccionarle el varicocele. El caso 2, la esposa entrevistada relató que debido a su condición, su esposo requería inyectarse testosterona de depósito cada tres meses ya que no la producía naturalmente por su condición de hipogonadismo y esta es indispensable para otras funciones biológicas además de la reproductiva. Sin embargo, comentó: *“el estarse inyectando testosterona inhibía la producción de espermatozoides”*- mujer 2, aspecto que claramente interfería con su capacidad fértil y por tanto el inyectarse era incompatible con los objetivos

de la de RMA, razón por la que uno de los cursos de tratamiento fue suspender las inyecciones, sin embargo esto ocasionó efectos colaterales importantes que se desarrollarán en la Supe familia: Consecuencias, con más detalle.

➤ *Población Mujer:*

De acuerdo con la Tabla 7, cinco de las siete mujeres participantes de esta investigación, se sometieron a tratamientos, algunas de ellas se realizaron un procedimiento de RMA más de una vez, ya fuera la misma técnica varias veces o cambiándola por otra en posteriores ocasiones, siempre bajo criterio médico según el panorama clínico de las primeras intervenciones.

La mujer 1 se realizó tres inseminaciones artificiales: *“tuve la segunda inseminación en el mes de mayo, porque me empezaron los ataques de pánico en junio y empecé a ir a la psicóloga en agosto y terminé en diciembre y me hice la tercera inseminación en febrero del 2013”*, fue con esta última intervención que quedó embarazada de gemelos.

La mujer 2 interrumpió el proceso durante la fase de estimulación hormonal a la que estaba siendo sometida, etapa que era de preparación para la realización del procedimiento de Fertilización In Vitro que no llegó a concretarse en este caso, asimismo su esposo por ser el directamente diagnosticado tuvo que someterse a otros tratamientos preparatorios, tal y como se acotó en el apartado del diagnóstico de los hombres. La mujer 3 se realizó dos inseminaciones artificiales y logró quedar embarazada de una niña. La mujer 4 tuvo diagnósticos previos de salud muy variados que se creyeron inicialmente estaban ligados al diagnóstico de infertilidad, ella se realizó cuatro inseminaciones y una Fertilización In Vitro. La mujer cinco después de que recibió el diagnóstico, tomó la decisión de no realizarse

ningún tratamiento. La mujer 6, al igual que la cuatro, tuvo diversidad de condiciones médicas que se descubrieron cuando empezó a realizarse los chequeos médicos y todas eran factores de peso que contribuían a su diagnóstico de infertilidad, ella se realizó una Fertilización In Vitro. Y finalmente, la mujer 7 se realizó tres inseminaciones y una Fertilización In Vitro antes de formar parte de este estudio, pero a mitad de las sesiones de entrevista con las investigadoras se sometió de nuevo a un tratamiento, por lo que a la segunda entrevista que se le realizó se encontraba en el inicio de la terapia hormonal con la intención de realizarse una segunda Fertilización In Vitro un mes después, al respecto cabe destacar que al momento de la finalización de las entrevistas aún no se había concretado la FIV por lo que no se contemplan los resultados de ese segundo tratamiento en los resultados de esta investigación. Por diversas razones que se explorarán más adelante, este caso fue interesante al haber sido la única pareja que se encontraba en medio de la aplicación de los tratamientos.

Todas las mujeres entrevistadas, tuvieron que someterse a procedimientos diagnósticos médicos de manera previa a los procedimientos de RMA, que permitían verificar su estado general de salud, que contemplaban: exámenes clínicos de laboratorio para conocer los niveles hormonales y de acuerdo con esto la reserva ovárica que tenía en ese entonces; también los ultrasonidos para detectar anomalías fisiológicas de los órganos sexuales internos como el útero, ovarios o las trompas de Falopio (A. Pérez, comunicación personal, 14 de abril, 2015; G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016). Asimismo, la histerosalpingografía, que es un procedimiento en donde se inyecta un líquido en las trompas de falopio, para conocer su permeabilidad; en este, según la cantidad de líquido que se comprueba que pasa a través las trompas, se evidencia la mucha o poca facilidad del paso del

esperma (A. Pérez, comunicación personal, 14 de abril, 2015; G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016). Este proceso se lo hicieron cinco de las siete mujeres y ellas lo describen como una experiencia físicamente dolorosa, ya que el líquido de contraste que se les introduce genera ardor: *“el examen de penetración de trompas se siente como millones de agujas atravesándote”*-mujer 1. Asimismo, lo describen como una intervención invasiva por las condiciones en las que se realiza, por ejemplo deben estar acostadas con las piernas abiertas en una sala acompañada por una persona profesional en radiología, que no es la persona especialista en medicina reproductiva o en ginecología que conocen y escogieron, además se les inserta un espéculo de forma intravaginal con la vejiga llena, lo que genera gran incomodidad y malestar. Además, según trascendió en las entrevistas, en la medida en que la persona especialista observa en un monitor el paso del líquido de contraste en cada trompa, usualmente va describiendo en voz alta para el personal de enfermería lo que observa, con el fin de generar posteriormente un informe, por tanto durante la misma prueba la mujer tiene la capacidad de ir escuchando indirectamente y por tanto anticipando un diagnóstico que en muchas ocasiones resulta en un panorama no tan favorable para lograr la concepción, lo que en análisis de las investigadoras es uno de los primeros procedimientos invasivos y retadores a los que estas mujeres debieron exponerse y para los que tampoco hay una preparación por parte de los equipos de infertilidad: *“ese examen fue muy difícil, porque duele físicamente, pero cuando estás ahí, uno escucha lo que dice el doctor y aunque es otro médico, otro especialista que está ahí, él le va dictando a la enfermera o asistente lo que se va viendo reflejado para que se haga el informe. Y yo voy escuchando eso y yo -¿yuuuuu?, no estoy aquí pintada, yo estoy escuchando no estoy aquí pintada, ¡yo entiendo lo que usted está diciendo!- o sea él está diciendo -una trompa logra abrirse tras varios intentos y otra trompa del todo no- entonces yo me ataqué a llorar ahí, verdad, porque yo dije esto no está*

bien, eso no es normal. Y entonces la enfermera me ve llorando y me dice -tranquila- y dice el doctor -tranquila, hay una que sí sirve, hay mujeres que vienen acá y ninguna trompa funciona y cuando las trompas no funcionan solo hay un método, entonces usted tiene posibilidades de otras cosas-. Entonces ese fue el primer golpe que uno como mujer ahí mismo se lleva”-mujer 3.

Otra de las pruebas diagnósticas a las que tuvieron que ser sometidas las participantes, fue la laparoscopia que es un procedimiento quirúrgico que permite saber si hay alguna anomalía que esté impidiendo concretar el embarazo, como por ejemplo la presencia de adherencias, como pasa en la endometriosis (A. Pérez, comunicación personal, 14 de abril, 2015; G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016). Este procedimiento, se lo realizaron dos de las participantes, como consistió en una operación ellas estaban anestesiadas y el impacto se encontró en la invasión física, siendo que a nivel emocional es menor que el generado por la histerosalpingografía, sin embargo se quiere destacar que este tipo de procedimientos a nivel de atención médica privada como fue el caso de al menos una de esas dos participantes, sí tiene un importante costo ya que es un procedimiento quirúrgico, lo que demuestra como los tratamientos de infertilidad generan importantes erogaciones que usualmente no están contempladas y que deben irse asumiendo sobre la marcha, tal y como se desarrollará en la categoría “Secuelas del diagnóstico y tratamiento la economía de la pareja”.

Asimismo, otra prueba que se tuvieron que realizar algunas de las parejas, pero de manera posterior a los procedimientos de RMA, dado que el resultado de la intervención no había sido el esperado, fue la linfoterapia que es un tratamiento que se realiza en la mujer, mediante la inyección de glóbulos blancos de su pareja, con la finalidad de que los anticuerpos

bloqueadores de ella dejen de considerar a las células masculinas, los espermatozoides, como cuerpos extraños y de esa manera se aumente las posibilidades de un embarazo (A. Pérez, comunicación personal, 14 de abril, 2015; G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016). Al respecto, debe señalarse que este tratamiento en específico usualmente se realiza posterior a la indicación de pruebas diagnósticas previas de incompatibilidad inmunológica que contemplan pruebas específicas como la de *natural killer cells* (células asesinas) o la de trombofilias (A. Pérez, comunicación personal, 14 de abril, 2015; G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016). Sin embargo, según los expertos entrevistados, no es un procedimiento médico al que se acuda como parte de la batería inicial de pruebas diagnósticas al principio del tratamiento, sino como pruebas de descarte después de consecutivos fracasos de los tratamientos, lo cual es relevante en tanto para las parejas de esta investigación fue un cuestionamiento y una queja importante ya que manifestaron de forma consistente que de haber sabido inicialmente de la existencia de estas pruebas y de la comprobación de la incompatibilidad, pudo haberse tratado de forma preventiva y quizás hubieran logrado un embarazo sin necesidad de acudir a la RMA o sin la necesidad de realizarse múltiples rondas de tratamientos, que como se ha mencionado tiene grandes implicaciones físicas y emocionales para la mujer específicamente, así como sociales y económicas para la pareja. Al respecto se quiere enfatizar que según lo indagado por las investigadoras con los especialistas en medicina reproductiva entrevistados para esta investigación, en criterio médico, estos procedimientos son indicados en los protocolos internacionales sobre reproducción asistida hasta después del fracaso de los procedimientos de RMA (G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016).

La descripción anterior, pone en evidencia las grandes diferencias que se generan entre hombres y mujeres en cuanto a la intervención médica y a los procedimientos invasivos a los que necesariamente tienen que someterse ellas, situación que las vuelve más vulnerables a la comorbilidad con otro tipo de condiciones o riesgos, principalmente aquellos alusivos a la salud mental.

Categoría E: Factores facilitadores

La quinta categoría teórica consiste en aquellas características socioeconómicas y educativas que funcionaron como factores facilitadores para que la población accediera a realizarse un tratamiento por infertilidad, acudiendo a servicios médicos privados. Fueron asociados a las oportunidades y recursos con que contaba el hombre, la mujer o la pareja que les facilitaron el proceso del tratamiento tales como horarios flexibles, cargos de poder, recurso económico, entre otros.

➤ *Población Hombre:*

Un aspecto sobresaliente fue que los hombres entrevistados tenían formación académica con grados universitarios, algunos habían estudiado dos carreras o tenían alguna especialización y se evidenció cómo las condiciones sociales dadas las facilidades laborales de todos, les permitieron tener gran flexibilidad para poder ser parte activa de esta experiencia junto a su pareja. Entre los hombres entrevistados dada la flexibilidad en sus labores y horarios les era posible acompañar a sus esposas: *“yo creo que se acomodó siempre al trabajo, siempre se acomodaba, o porque lo acomodábamos muy bien o porque Dios era muy bueno, porque que hubiera una situación en donde dejáramos algo botado no”*-hombre 4. También, el tener posiciones de poder como altos rangos dentro de la empresa o ser sus propios jefes fue otro

factor facilitador: *“en ese momento yo era un gerente de un sportsbook, tenía mucha libertad, tenía mi propio horario, por eso es que yo la acompañaba a ella a todas estas cuestiones de las inyecciones”*-hombre 1. De igual manera, algunos tenían jefes que comprendían la situación por la que pasaban y que mostraban su apoyo dándoles permiso, por un factor de respeto y empatía hacia las circunstancias o por haber pasado ellos también por lo mismo: *“es una buena institución, que nos da mucha flexibilidad, entonces nos ha ayudado mucho”*- hombre 3.

En seis de los siete casos, dadas las circunstancias particulares de su salud reproductiva, se evidenció la mucha planificación alrededor de tener hijos y se comprobó con ello, tal como lo indica Moreno-Rosset (2009b) que *“en esa planificación han tenido en cuenta conseguir previamente unas condiciones de pareja estables, sociolaborales y económicas básicas que permitan aumentar la familia, pero llegado ese momento la pareja no consigue el embarazo. Esta es la clave de la cuestión: la fertilidad es algo presupuesto”* (p. 43). El caso restante, el 5, fue el que decidió no practicarse ningún tratamiento, pero aun así la pareja tomó desde tiempo atrás las previsiones para ajustar sus proyectos personales y economía, *“por si se les hacía el milagro”* de tener un hijo, tal como ellos lo reportaron textualmente a lo largo de la entrevista, aun sabiendo del diagnóstico de ella desde el noviazgo y habiendo tomado la decisión de no practicarse ningún tratamiento.

➤ *Población Mujer:*

Tal y como sucedió con los hombres, las mujeres también tenían formación académica con grados universitarios, la mayoría también con maestrías u otros tipos de especialización, eran sus propias jefas o tenían puestos de poder en sus trabajos. Fuller (2001), plantea que la

carrera es un medio privilegiado por el cual las mujeres pueden expresarse como seres autónomos fuera de las determinaciones de los roles sociales tradicionales y en el caso de estas mujeres, tener su trabajo además en condiciones tan favorables como las mencionadas, les permitió tener la flexibilidad para poder realizarse los tratamientos previos a las intervenciones y los procedimientos de RMA en sí mismos. En general, la mayoría describieron sus trabajos como los ideales, reconociendo sentirse felices y cómodas, no consideraban que fuera un aspecto en sus vidas que les generase estrés y el haberse sometido a los tratamientos no generó alteraciones en sus funciones laborales y las participantes que sí lo llegaron a considerar, tenían los medios adquisitivos para poder renunciar a sus trabajos durante sus tratamientos: *“yo tengo mi propio negocio, entonces eso me demanda mucha responsabilidad, pero también mucha libertad, especialmente desde que para esas épocas del 2013 empezamos, o sea ya estamos con un tratamiento, entonces era importante para nosotros esa libertad, para mí en lo que era profesionalmente hablando”*-mujer 3. En algunos casos, la facilidad que tenían era que podían pedir vacaciones para tener receso después de la TRA aplicada: *“saqué vacaciones dos semanas completas”*-mujer 4, y en el caso de la pareja siete que estaba pronta a realizarse otra FIV, ella decidió renunciar a su trabajo de tiempo completo para cuidarse más pero, sentía que le hacía falta estar trabajando aunque fuera menos tiempo: *“ahorita estoy como freelance porque vamos a empezar otro tratamiento, entonces, es como una nueva aventura ahí que vamos a empezar otra vez”*-mujer 7, lo mismo lo indicó la participante del caso 1: *“el doctor me dijo -tenés mucho en tu vida, tenés que escoger-, entonces decidí renunciar”*-mujer 1.

➤ *Población Pareja:*

Tal y como se evidenció con la población de los hombres y de las mujeres, esta categoría corresponde a todos aquellos aspectos que, de manera individual o colectiva, facilitaron el proceso del tratamiento a las personas que formaron parte de esta investigación. En pareja, el aspecto que más destacó dentro de su discurso, fue el alusivo al recurso económico.

Tal como lo expone la teoría “por causa de dinero o por sentirse incapaces de afrontar un nuevo tratamiento, algunas parejas abandonan la esperanza de tener un niño propio y deciden adoptar o no tener niños” (Roa, 2007, p.75). Al respecto, es importante aclarar que los siete casos participantes pertenecían al sector de la población de clase socioeconómica media-alta por lo que el dinero en general no fue un factor que viera limitadas sus posibilidades de acción respecto a la búsqueda de tratamiento: *“no es como que restemos importancia, sin embargo, no es algo en lo que digamos -vamos por 100 dólares más o 200 dólares o 1,000 dólares menos-, o que lo vamos a dejar de hacer de hacer solo por eso. En realidad no tenemos una limitación ahora por dicha para entrar en un tratamiento de esos, entonces no hay una limitación ni una preocupación presupuestaria”*-pareja 7.

Al respecto conviene indicar que pese a que las parejas entrevistadas contaban con un poder adquisitivo amplio, no podrían considerarse como personas o familias millonarias, por el contrario, como se comentó en los apartados anteriores, su poder adquisitivo fue logrado por ellos dada su carga laboral, los puestos que tenían y la particularidad de que muchos era sus propios jefes, aspectos que destacaron ya que algunos de los casos formaron sus empresas en conjunto, como un proyecto común de la pareja. Ese poder adquisitivo, fue el que les permitió acceder a la aplicación de la RMA, recordando que algunos de estos procedimientos en el

país sólo se podían realizar, a la fecha de las entrevistas, a través de la medicina privada o en dado caso fuera de Costa Rica. Algunas parejas manifestaron que, para poder cumplir con su sueño de ser padres, contemplando la gran cantidad de procedimientos que debían realizarse, entre esos, exámenes, consultas médicas, medicamentos, entre otros; tuvieron que ahorrar. Sus metas fueron tanto a corto, como mediano y largo plazo: *“como uno dice, voy a gastar 3000 dólares, 4000 dólares en eso y los podría gastar en otra cosa, pero eso es un objetivo de los más importantes que tenemos ahora, no quiero cambiar el carro, no quiero comprar otra casa, no quiero hacer un viaje, quiero eso en estos momentos, la plata está ahí, esta para eso”* -pareja 7. Asimismo, cuando se les preguntó cuánto aproximadamente creían que habían invertido a lo largo de los tratamientos, desde la primera consulta o intervención hasta la última, comentaron: *“yo les puedo asegurar que yo vine de Panamá y no quedé embejuada con tarjetas ni con préstamos ni nada, la paz emocional que me dio a mí no deberle a nadie fue increíble, esto es del In Vitro para acá, faltan los controles, ultrasonidos, la laparoscopia ni la cirugía”* -mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja. Cabe destacarse que todos los casos mencionaron haber invertido entre diez mil y quince mil dólares en lo que respecta a sus tratamientos, habiendo unos logrado su meta mientras que otros no, como ya se ha expuesto previamente.

Cuando se les hizo pensar en la situación hipotética de qué hubiera pasado si no hubieran logrado contar con el dinero, reportaron: *“Mujer: nosotros probablemente hubiéramos llegado a vender uno de los carros, a tomar esa decisión. Fijo de algún lado hubiéramos sacado la plata, si se nos hubiese acabado el efectivo algo vendemos. Hombre: hubiésemos sacado una segunda hipoteca a la casa, mi mamá tenía un lote en San Carlos, creo que le hubiera dicho a mi mamá que lo vendiera. Algo hubiésemos hecho”* -pareja 1, así como:

“tenemos dos carros, alguna vez hablamos de que si era necesario, como teníamos la hipoteca y todo, habíamos hablado de vender uno de los carros si hubiera sido necesario hacerse una tercera inseminación u otro tratamiento” -pareja 3. Al respecto lo analizado por las investigadoras, destaca que estas parejas manifestaron haber estado en la disposición a despojarse de algunos bienes materiales, incluso herencias familiares, para poder sentir que estaban más cerca de alcanzar el objetivo anhelado, a pesar de que esto no estuviera de ninguna forma asegurado, lo cual evidencia el estado de vulnerabilidad de estas parejas.

Otro aspecto que sobresalió en el discurso de las parejas, el cual adquirió gran relevancia en el análisis de resultados ya que no se encontraron reportes similares en la teoría revisada y además surgió exclusivamente en esta población fue, la empatía que presentaron estas parejas hacia personas que a diferencia de ellos, no podían realizarse las intervenciones médicas: *“sí, por lo menos nosotros tenemos la bendición de poder tener trabajos estables, que ciertamente pues talvez no somos millonarios, pero tal vez podemos pagar un tratamiento, pero hay parejas que no pueden, hay parejas que definitivamente pagar un tratamiento no, no pueden”*-mujer 2 en referencia a su relación de pareja. Asimismo: *“suena feo, pero nosotros teníamos los recursos para buscar ayuda ya. ¿Y las que no?”*-pareja 3, una idea similar en: *“en realidad es un lujo, verdad y muchas parejas no lo pueden hacer, es como tener un carro de lujo”*-pareja 7.

Según Roa (2007) uno de los aspectos que se ha documentado en distintas investigaciones de parejas que quieren tener hijos y no pueden hacerlo por medios naturales, es la vulnerabilidad al tener entre otras cosas recursos financieros limitados, ya que eso puede incidir en el éxito o fracaso de los procedimientos de RMA. Sin embargo, con respecto a la población estudiada, en la mayoría de casos esa no fue una situación apremiante para ellos,

ya que indicaron contar con el respaldo monetario de sus familias, bancos o también de la venta de otros bienes que poseían y de los cuales podían desprenderse si fuera necesario, como la venta de sus carros, lotes o sus mismas casas.

❖ Familia 2: Influencias Sociales

La infertilidad es un tema tabú aún en muchas sociedades, dada la connotación innata de la capacidad reproductiva en los seres humanos. Esto genera que la sociedad se forme expectativas siempre que un hombre o una mujer alcanzan la etapa maduracional y de estabilidad de pareja esperadas, para empezar a tener hijos.

Según Carreño y Morales (2016) la infertilidad sigue siendo un motivo generador de diversidad de presiones en la pareja y puede intensificarse cuando la familia entre otros actores sociales como las instituciones educativas o la Iglesia, intervienen para interponer sus opiniones ante los deseos y decisiones de quien ha sido diagnosticado(a) y su pareja. Dependiendo del tipo de vínculos que los familiares, amigos o conocidos de la pareja tengan con ellos, será fácil pensar en el rumbo de las decisiones que esa pareja tome y la naturaleza de sus dinámicas evidenciará también si esta experiencia la pareja la vivirá como una tragedia o por el contrario como una circunstancia más de vida a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento.

De las intervenciones más comunes que suelen presentarse ante la opinión de personas externas son el proponer que cambien de pareja, así como sugerencias o insinuaciones de lo que deben hacer y cómo lo deben hacer, y estos aportes podrían ser motivos relevantes para incrementar las diferencias y dar lugar a posibles conflictos o por el contrario afianzar las relaciones entre todos los involucrados. Cuando hay dificultades para concebir un hijo de

manera natural y los sujetos toman la decisión de practicarse algún procedimiento de RMA, se generan muchas alteraciones del estado de ánimo en quienes se las practican y sus parejas, por todas las implicaciones tanto físicas como emocionales que esta práctica implica. Moreno (2012) destaca que “la opinión de terceros no expertos conocedores del problema, sobre todo del entorno familiar más próximo, padres, suegros, hermanos, cuñados, etc., suele ser un factor de estrés y de angustia añadidos” (p.63).

Además de la influencia que pueden tener terceras personas antes, durante y después de que la pareja haya tomado la decisión de someterse a algún tipo de tratamiento, la religión, juega también un papel de relevancia en la medida en que permea las cogniciones, emociones y conductas de quienes viven directamente la experiencia de ser diagnosticados con infertilidad, pero también de sus allegados y de la sociedad en general. La religión, puede entenderse como un sistema que se conforma de creencias y prácticas sagradas alusivas a un poder mayor o un Dios, a quien se le rinde culto. La espiritualidad por su parte, refiere a pensamientos y prácticas que conectan a las personas con entidades sagradas y significativas más allá de sí mismos, creando una relación con un poder supremo que le da propósito a sus vidas y que puede practicarse ligada o no a la religión, pero siempre de manera respetuosa y empática con uno mismo, con otras personas, con Dios o alguna otra figura de poder (Roudsari, Allan y Smith, 2007; Tanyi, 2002; Stuckey, 2001; citados en Latifnejad, Allan y Smith, 2014). Hay parejas que dadas las presiones sociales por tener hijos, buscan de manera desesperada métodos no tradicionales para conseguir a cualquier costo su objetivo, entre esos rituales, consultas a astrólogos, uso de tratamientos alopáticos o ciencia médica, y la mayoría de veces todo eso aunado a las prácticas religiosas (Sarkar y Gupta, 2016). El papel que tiene la religión dentro de la cultura va a influir en gran medida, la manera en que las personas

entienden las problemáticas o condiciones humanas y en este caso el tema de la infertilidad, las opciones de los tratamientos y la eventual vida sin hijos (Read, Carrier, Whitley, Gold, Tulandi, y Zelkowitz, 2014).

Otro de los aspectos que tiene relevancia dentro del apartado de las influencias sociales son los mitos y creencias que las personas construyen y asocian al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, ya sea que lo viven por experiencia propia o porque conocen a alguien que recibió el diagnóstico. Los mitos asociados a esta condición tienen un origen, que inicia a partir de la premisa que destaca Moreno-Rosset (2009) al detallar que “las mujeres siguen menstruando cada 28 días aproximadamente y esto les permite calcular los posibles días fértiles y realizar una planificación cuando desean un hijo, o por el contrario, aplicar métodos anticonceptivos para evitarlo. Es curioso que se evita algo que no se sabe a ciencia cierta si se tiene: la fertilidad” (p.11), por esta razón entre otros aspectos, es que se generan una serie de concepciones alusivas al mandato de la maternidad y paternidad. Cabe destacarse que con mitos se fue “construyendo la concepción de los sexos, retomando las ideas del pasado que acentuaban la distinción entre los géneros de los siglos anteriores. A pesar de los cambios en lo social, la ideología se mantuvo asignando los mismos principios en la práctica” (p.85) y son las instituciones sociales, principalmente la familia, los núcleos de la reproducción de los mismos individuos. En esta investigación se pudo comprobar el rol tan significativo que tienen los mitos y las creencias en la vida de las personas, de manera muy específica como lo es en el ámbito de la reproducción y en este caso de los temas alusivos a lograr obtenerla (Carreño y Morales, 2016). En esta investigación se entenderá esta familia teórica como todas aquellas creencias y conductas propias o ajenas mediadas por mandatos sociales que influyen de forma positiva o negativa la manera en que hombres, mujeres y parejas interpretan su

diagnóstico de infertilidad y toman las decisiones sobre los tratamientos a realizar. Se conforma de tres categorías: influencia de la opinión de otras personas externas a la pareja, influencia de la religión y los mitos y creencias asociadas al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

Categoría A: Influencia de la opinión de otras personas externas a la pareja

Cuando se trata de la función reproductiva del ser humano, es común tener la influencia de la opinión de otras personas externas a la pareja, condición que corresponde a la primera categoría de esta familia teórica y se entenderá como los juicios de valor o comentarios positivos y/o negativos expresados a la pareja por parte de familia, amigos, compañeros de trabajo o conocidos, tras la experiencia del diagnóstico y tratamiento, ya sea propio o de la pareja.

➤ *Población Hombre:*

Los hombres entrevistados reportaron haber sido víctimas del acoso de familiares, amigos, conocidos e incluso de personas que ni siquiera eran de su confianza, que por ende no conocían de su diagnóstico y que además se atrevieron a tener este tipo de conversaciones o hacer preguntas del ámbito privado, en espacios públicos. En el caso de desconocidos: *“gente que te veía en la calle y preguntaban -¿ustedes para cuándo? ¿cuándo van a empezar a pedir bebé?, ya llevan muchos años-. Esas preguntas son tan comunes, no sé en otros países pero por lo menos acá”* -hombre 3, también *“a veces he estado en el lavacar y la típica pregunta -¿qué mae cómo van los chamacos?-”*-hombre 5. Ante estas circunstancias, los hombres entrevistados reportaron sentir mucha incomodidad dadas estas intervenciones inadecuadas e invasivas de la gente: *“hay gente que es muy imprudente, de todas las edades y todas las*

clases sociales. Preguntas como *-¿cuántos años llevan casados? ¿cuándo van a pedir chiquitos? ¿qué están esperando?, no todo es trabajo y trabajo-*”- hombre 1. En el caso de amigos: *“cuando uno deja de ver a los amigos y le dicen -bueno ¿ustedes qué, ya tienen familia?-, sobretodo porque tenemos toda la vida de estar juntos verdad y a veces la gente no se da cuenta que hay cosas que hay que tener cuidado cómo preguntar”*-hombre 7, quienes además se tomaban el atrevimiento de cuestionar las decisiones que a partir del diagnóstico solamente le conciernen a la pareja y se relacionan con la idea popular de que si no es posible la capacidad reproductiva en la pareja, lo aplicable es tomar las decisiones necesarias para dejarla y buscar una pareja nueva, con quien sí pueda reproducirse naturalmente, evidenciando esto la connotación de cosificación de la mujer, como mero ente reproductor: *“hay muchos amigos que me dijeron -¿qué mae usted va a seguir con su esposa si no pueden tener hijos?-”*- hombre 1. Esto es concordante con lo que plantean Carreño y Morales (2016) al evidenciar que el sesgo de género aún predominante en las sociedades, genera reacciones sociales tanto para el hombre como para la mujer, pero al hombre por el machismo *“se le presiona para separarse de su pareja y buscar a otra mujer para probar que sí puede tener descendencia”* (p.83).

Como caso aparte de los demás, y ya no durante la etapa del diagnóstico y/o tratamiento, esa influencia externa de opiniones la vivió uno de los hombres con su suegra, después de que su esposa tuviera la bebé y empezara a presentar síntomas de depresión postparto y requería tratamiento psiquiátrico: *“yo me tuve que enfrentar a mi suegra, porque ella no podía aceptar, me recuerdo las palabras que me dijo -ella es virgen en psicotrópicos y los psicotrópicos dañan a las personas-*”-hombre 3. Al respecto, autores como Carreño y Morales (2016) señalan que *“es frecuente que las parejas con infertilidad tengan*

enfrentamientos, desencuentros y separación por la intromisión de la familia política al evaluar y calificar sobre la vida reproductiva y los planes de tratamiento más adecuados para ellos, dando las instrucciones de lo que se tiene que hacer aun en contra de las indicaciones médicas y de los biólogos de la reproducción” (p.83). Tal como lo reconocen Muñoz, Kirchner, Forns, Peñarrubia y Balasch (2009), si bien la RMA ha sido considerada como una esperanza para las personas que desean concebir, pueden llegar a convertirse en un factor estresante, sumando a esto la presión extra que suele recibirse de personas externas a la pareja al emitir juicios de valor respecto a las decisiones que finalmente le competen única y exclusivamente a la pareja.

Otro aspecto relevante dentro de las influencias sociales, que destacó dentro del discurso de uno de los hombres entrevistados, fue cómo las mismas familias, tienden a imponer roles paternales a los hombres que carecen de hijos, en un intento de que ejerzan ese rol de alguna forma. En el caso 7 fue muy evidente cómo la presencia de un sobrino hizo que este hombre detectara en su hermana una serie de peticiones que le imponían ejercer un rol paternal no escogido por él: *“ella espera como que yo sea el papá de su hijo, me exigen como cosas, roles que yo no tengo por qué asumir, o por lo menos a veces así es como lo percibimos (...) yo solamente recibo y recibo presión y no la analizo (...) yo sé que no soy el papá, soy el padrino y yo tampoco quiero que me vea como el papá sino como el tío”*-hombre 7. Dada la circunstancia de pareja respecto a la incapacidad de tener hijos, este hombre a través de su discurso manifestó que pese a no haber escogido este rol, sintió presión y culpa de no desempeñar ese papel con su sobrino siendo que este carecía de una figura paterna y él de un hijo a quien enseñar o proteger, por lo tanto muchas veces terminaba por ceder a las demandas de la hermana y ejercía ese rol. Valladolid (2012) destaca que “el deseo de

maternidad/paternidad derivado del deseo primario de la familia de origen se convierte en un intento por cubrir las expectativas y deseos de los otros” (p. 15).

➤ *Población Mujer:*

De la misma manera que sucedió con los hombres, las mujeres entrevistadas reportaron haber sido víctimas del acoso de familiares, amigos, conocidos e incluso de personas que ni siquiera eran de su confianza, que por ende no conocían de su diagnóstico y que además las abordaron con este tipo de conversaciones o preguntas sensibles en espacios públicos, que fueron percibidas como indiscretas. Valga destacar que en el caso de las entrevistadas este tipo de situaciones se dieron en actividades familiares principalmente.

Según Saletti (2008) tanto la paternidad como la maternidad poseen un carácter construido, es decir que en el imaginario social de los sujetos se construyen y configuran diferentes representaciones respecto a esos roles, como ya se ha planteado anteriormente. En el caso de la maternidad, ésta ha sido vinculada con feminidad y por ende se ha construido un ideal común en donde las mujeres se consideran que existe una correlación directa entre el ser más femenina o más mujer, cuando se es madre. Al respecto cabe destacar, que esta dualidad de maternidad-feminidad para la autora cae en una paradoja porque al considerarse como instintivo o natural, se sobreentiende que “no requiere esfuerzos para ser adquirido. A la vez es una exigencia para las mujeres, a las que se les acusa de «malas madres» si no demuestran las formas de amor esperadas por la sociedad” (p.172). De esta manera, se refuerzan los paradigmas del sistema patriarcal al convertirse la maternidad en una labor vigilada y como se ha planteado anteriormente, esas ideas son construcciones que hace la sociedad para que se aprendan y se reproduzcan (Saletti, 2008).

Retomando la vinculación de lo femenino con la maternidad, se destaca desde la vivencia de las mujeres entrevistadas, ese bombardeo de exigencias y expectativas sociales, el cual se remonta al primer núcleo social del que han formado parte, que es su propia familia: *“yo quería ser mamá porque siempre ella [se refiere a la mamá] me decía yo era muy chiquillera, yo veía chiquillos y como loca detrás, si me gustaban siempre como que ella me decía -uy usted es súper chiquillera va a ser muy buena mamá cuando tenga chiquitos-”*-mujer 1. Sin embargo, el momento para que esta experiencia se diera, era también controlado por la subjetividad y experiencias previas de este núcleo: *“mi mamá me metió ese temor -cuidado queda embarazada mientras está en el colegio, cuidado queda embarazada mientras está en la universidad, cuidado queda embarazada soltera- mi mamá fue madre soltera, entonces ella quedó traumatizada”*-mujer 1. Asimismo, los estereotipos que ellas mismas terminaron creyendo y asumiendo respecto a la concepción de su identidad como mujeres, que si bien *“no hay una respuesta unívoca a lo que significa ser mujer”* (Tubert, 2010, p.162), son creencias con las que han vivido muchos años de su vida desde sus núcleos familiares, pero que después de esta experiencia cuestionaron y empezaron a cambiar: *“di el estereotipo, que una mujer plena es aquella mujer que se casa, que tiene casa, que tiene una profesión, que trabaja, que estudió, que trabaja, que tiene un buen puesto, que tiene hijos, o sea eso es una mujer plena. Pero eso es mentira, ese es el ideal que yo he tenido que cambiar, entonces ahora es cambiar eso”*-mujer 5.

Tal como lo indican los desarrollos teóricos sobre la familia, esta es el núcleo primario de la sociedad, y aun cuando dos personas deciden independizarse para empezar una familia nueva lejos de sus familias nucleares, éstos siempre van a estar vinculados. Dependiendo del tipo de relación que se mantenga o se genere ante estas nuevas circunstancias, es cierto que gran

variedad de aspectos pueden llevar a estos núcleos a tener confrontaciones sobre diversidad de temas. Partiendo de eso, tal como se evidenció en los resultados de esta investigación, en el caso de las mujeres que han sido diagnosticadas con infertilidad, dada la sensibilidad y complejidad del tema, es una circunstancia que no escapa a las intervenciones de sus respectivas familias. Como bien lo indica la teoría, es común que en esta población se presenten enfrentamientos y molestias por la invasión juzgadora de la familia natural o política sobre la vida reproductiva y las decisiones que tome la pareja, en el caso particular de la infertilidad puede llegar hasta el punto de percibirse algunos comentarios como entrometidos e impuestos, respecto a opiniones o instrucciones sobre planes tratamiento basados en resultados experienciales de otras personas. Respecto a esto, la mayoría de las mujeres entrevistadas subrayaron sus percepciones sobre los momentos en que algunas personas se enteraron que la pareja no había logrado tener hijos: *“durante muchísimos años ella a mí me jodió [se refiere a la suegra] me hostigaba delante de la familia de ella, sobre cuando íbamos a tener hijos, que -¿cuándo esto y lo otro?-, que ya teníamos 4 años de casado, que esto que el otro (...) la gente te pregunta, en mi familia me preguntan por ejemplo y yo no quiero ponerme a dar explicaciones, ni decírselo a nadie, ni nada, yo no tengo ánimo como para sentarme y explicárselo a nadie”*-mujer 2, o también: *“a mí lo que me agota es eso tener que explicar y justificar por qué mucha gente no entiende eso (...) que no me hagan preguntas tontas porque para mí son preguntas tontas, que no hablen de lo que no saben, eso lo que uno le molesta montones”*-mujer 4, así como: *“uno siente y mucho la misma presión social, yo sí la he sentido, las mujeres te preguntan y tu suegra y todo el mundo, la misma familia es como qué pasó y ya cuando se dan cuenta y al decirles no es que no podemos entonces ya se calman”*-mujer 7.

Ahora bien, considerando que múltiples desarrollos teóricos, pese a la heterogeneidad de resultados, persisten en asegurar la relación entre infertilidad y factores psicológicos como su causa y dado la amplia divulgación mediática sobre estas y otras investigaciones en salud en donde se ha evidenciado el papel de las emociones como predecesoras de enfermedades en el ser humano, y el fácil acceso a este tipo de información por parte de la población general, es usual que muchas personas se valgan de esas premisas que tienden a señalar al estrés como razón de cualquier diagnóstico, para encontrar una explicación a los distintos padecimientos que puede tener un individuo, incluyendo la incapacidad para concebir. Esto forma parte de un común colectivo, sin embargo son supuestos que pueden variar de una persona a otra y en el caso de mujeres que ya han confirmado su diagnóstico de infertilidad como fue el caso de las entrevistadas, comentarios que aseveraron su condición como un padecimiento con origen emocional cuando podría ser exclusivamente biológico, fue percibido como descalificador de su experiencia y de acuerdo a lo concluido por las investigadoras, incrementaron de manera justificada su sensación de baja tolerancia y reactividad emocional. Al respecto, ese tipo de influencias sociales, las entrevistadas las identificaron cuando personas cercanas quisieron, a su modo de verlo, ayudar a que se sintieran aliviadas al conocer sobre ciertas opciones que les han servido a otras mujeres, pero lo que más bien generó en ellas fue mayor presión: *“cuando no pasa empiezan a recomendar médicos, entonces mi mamá -que tal médico, que su prima, que el médico de no sé dónde, que ese logró tal cosa-, después cuando ya uno recibe el diagnóstico y todo le dicen a uno -ay bueno pero busque una segunda opinión, ¿y si se espera? es que todo es estrés-, todo el mundo le dice a uno es que es estrés en el momento y que -en el momento que se relaje- y uno: ¡Dios mío si supieran que no es fácil para uno relajarse y todo el mundo lo dice como pericos!”*-mujer 4.

Por otra parte, se desea anotar que existe un nexo entre la experiencia de infertilidad y la connotación de estigmatización. Ese estigma, es vivido de formas muy distintas en función del género y según Dyer et al, (2005, citado en Llavona, 2008) “aunque los hombres no son inmunes al sufrimiento asociado a la infertilidad, las mujeres llevan la carga principal, son culpadas por la no concepción y son más vulnerables a las consecuencias negativas sociales y económicas” (p.163). Dicha estigmatización, es la que ha acompañado a los sujetos de esta investigación tanto en el ámbito privado de sus vidas personales al sentirse como “bichos raros” según lo expresaron, creyendo que son los únicos a los que les ha pasado eso; así como también en el ámbito público con las personas que los rodean, de quienes reciben presión constante y cuestionamientos sobre un tema tan delicado en sus vidas. Como se ha mencionado constantemente, esa presión es un reflejo de las demandas que genera la sociedad sobre lo que se espera de las mujeres, a quienes se les ha otorgado la carga principal de esta experiencia, haciéndolas sentir culpables de no cumplir con un rol que se cree es obligación.

En este caso, lo expuesto anteriormente se puede observar en los relatos sobre la experiencia de enfrentarse a la familia o a la sociedad para informarles que el proceso de embarazo se interrumpió: *“después otra vez mal, darle esa noticia a la familia, aggg fue ¿verdad mi amor? fue horroroso, o sea yo me sentía humillada. Uno se siente que, uno no funciona bien biológicamente. Después de dar una ilusión tan grande, darles una desilusión tan grande, para mí era doloroso era como si yo hubiera hecho algo malo, o sea, como cuando, uno se jala una torta y tiene que decir -si me jalé la torta-, verdad que pena uno siente, uno siente ¿cuál es esa palabra? uno siente, esteeee no es remordimiento, se siente apenado, así me sentía yo. Tontera, porque no es culpa de uno, pero uno se siente así es de que diay después*

de darles una noticia tan buena había que llamarlos, decirles no”-mujer 3. Este ejemplo es una evidencia de cómo las mujeres al no poder quedar embarazadas o no lograr un embarazo a término, se sienten incapaces de cumplir con el rol que se les asignó dentro de esa esfera y por ello sienten una vergüenza social, la cual las hace sentir mal, tanto como si estuvieran haciendo algo inadecuado.

En lo que respecta a la decisión de someterse a los procedimientos de RMA, reportaron que también se sintieron invadidas: *“mi mamá al principio, no quería que yo dijera que yo iba para tratamiento de fertilidad. Eso a mí me hizo mucho daño, yo después se lo reclamé porque ella me hizo sentirme mal, como que era malo, que era mi culpa, que no era bueno”* -mujer 1. Y cuando personas ajenas a la pareja se enteraron de que el diagnóstico no era de ellas sino de sus parejas: *“uno termina mintiendo, poniendo excusas o evadiendo el tema, trato de decirles algo (...) también ha afectado que el que tenga el problema sea mi esposo, porque a veces mi mamá me lo recalca mucho -pero vos estás bien y el que tiene el problema es él-, mami siempre me lo recalca mucho”* -mujer 2. Al respecto, tal como lo plantean Carreño y Morales (2016) socialmente se ha creado un permiso para que la familia política se sienta en el derecho de opinar respecto a la situación de su familiar afectado por la condición de infertilidad o de su pareja; en este caso es la suegra de este hombre, quien presiona a su hija a cuestionarse si quiere o le conviene continuar con la relación, ya que él es quien tienen la condición que impide que puedan tener hijos. Esto puede analizarse desde dos ópticas, por una parte como estos autores lo reconocen como que “el sesgo de género ha permeado a las familias, por lo que para ellas es imposible aceptar que el hombre sea clínicamente estéril” (p.83) y por otra parte, dada esta condición, se sigue visualizando a la

mujer en este caso la hija, como una potencial futura mamá si busca una nueva pareja, aspecto que implícitamente indica que es un requisito que debe cumplir, a cualquier costo.

Y cuando la decisión de la pareja consistió en considerar otras posibilidades para cumplir con su deseo: *“mi suegra sí se sentó hace escasos seis días que me quedé con ella sola, y me dijo algo que me había dicho cuándo me iba a casar con mi esposo y no me gustó, -que no lo presionara-, que él no quería adoptar, que yo tenía que estar completamente segura de que él no quería adoptar, y que yo tenía que entender que ella conocía a su hijo”* -mujer 6.

O cuando se contemplaron esas otras posibilidades que aún la pareja no había considerado: *“una que otra persona, ahorita no recuerdo quienes, me ha llegado a decir ¿por qué no adopta? o adopte, o ¿no ha pensado en esto o no ha pensado en lo otro?, y yo les digo lo que yo siento y ellos lo respetan y listo”* -mujer 5. Aspectos que, según analizaron las investigadoras, visibilizan aún más el rol tan dominante que tienen las familias o amigos hacia la pareja o hacia uno de los integrantes en específico, que además suele ser la mujer, cuando no cumple con lo que se espera de ella, de modo que siempre serán cuestionados y además tendrán a quienes les digan qué es lo mejor que deberían hacer.

Categoría B: Influencia de la religión

La segunda categoría teórica corresponde a la influencia de la religión. Este fue de los aspectos que más sobresalieron en el discurso y práctica de los casos entrevistados y que se tuvo como criterio tanto de hombres como mujeres para entender desde un lugar específico su diagnóstico y todos los aspectos vinculados al mismo. En esta investigación será entendida como las creencias y prácticas religiosas propias o ajenas que tuvieron impacto en la forma de percibir la experiencia del diagnóstico y tratamiento ya sea propio o de su pareja.

➤ *Población Hombre:*

Todos los hombres comentaron que provenían de familias muy creyentes y practicantes activas de principalmente dos corrientes religiosas: la católica y la cristiana evangélica: “*yo vengo de una familia en donde todos son católico-practicantes*”-hombre 1, sin embargo a pesar de esa influencia tan fuerte de sus núcleos familiares, la mayoría reconocieron, estar un poco alejados de la religión al no estar de acuerdo con ciertos de sus mandatos.

Tres de ellos se identificaron como creyentes más no practicantes: “*sí creo pero no practico y sin embargo voy a misa muy frecuentemente porque me toca llevar a mi mamá*”-hombre 4, ellos mismos reconocieron que con el paso del tiempo se habían ido distanciando de la religión ya que no era una práctica que les hiciera sentir mejor en su manera de enfrentar sus actividades de la vida diaria o circunstancias por las que pasaban. El cuarto hombre, sí reconoció tener prácticas religiosas pero no eran constantes: “*en las mañanas de vez en cuando rezo en el carro cuando voy manejando*”-hombre 5.

En el caso de los hombres 1, 4 y 7, ellos reconocieron que la religión no fue un aspecto que tuviera la suficiente relevancia o impacto en su sistema de creencias, para condicionarles la convicción propia de realizar los tratamientos de fertilidad con sus parejas, incluso reconocieron que tampoco se sintieron tan presionados o cuestionados por sus familiares creyentes al tomar la decisión en pareja de realizarse los procedimientos médicos, y en los momentos en que esa influencia de sus familias aparecía, ellas y ellos con importantes argumentos les explicaban detalladamente los aspectos sensibles de las técnicas y las familias abandonaban su cuestionamiento. Por su parte el hombre 5, que como se ha explicado pertenece a la pareja que decidió no realizarse tratamiento alguno, nunca manifestó una

relación directa entre las razones para no someterse a un tratamiento y sus creencias religiosas, sin embargo en sus argumentos siempre sobresalió el que a él nunca le llamó la atención tener hijos, asimismo manera contradictoria en otros momentos manifestaba que al igual que su esposa “seguía a la espera de un milagro”, lo cual según lo observado y analizado por las investigadoras podría ser una evidencia de una falta de claridad respecto de sus opiniones e intenciones respecto a lo paternidad, lo que le impedía tener un discurso sostenido y consistente respecto a este tema a lo largo de las entrevistas.

De manera diferenciada, el hombre 3 fue el único que reconoció ser muy creyente y practicante activo de la religión, por una gran influencia de su familia ya que sus padres eran pastores de su Iglesia y esto hizo que él después se sintiera interesado y se involucrara trabajando en esta mediante el acompañamiento a un grupo de jóvenes. Por tanto, la religión sí tuvo un lugar de relevancia para él y su pareja a la hora de decidir someterse a los procedimientos de RMA. Ellos antes de hacerlo reconocieron acudir a su pastor para que les diera la opinión de lo que implicaría realizarse el tratamiento porque para ellos: *“además de los aspectos bioéticos estaban los factores cristianos que podían reñir con nuestros valores, pero en nuestro proceso, una pareja de pastores que estaban en nuestro mismo proceso y ellos después de un largo proceso de consulta no encontraron de que este proceso llevándose adecuadamente riñera con nuestros principios si se hace bien, bajo las reglas estrictas, nosotros no encontramos que fuera a reñir con nuestra perspectiva cristiana. Pero al puro principio no sabíamos qué iba a significar en nuestros términos cristianos ni con respecto a la bioética”*-hombre 3. En este caso fue un alivio para ellos sentir la aprobación de su pastor, que de no haberla tenido, posiblemente no se hubieran realizado los procedimientos de reproducción asistida o al menos habrían significado un serio conflicto personal y de pareja.

➤ *Población Mujer:*

Roudsari, Allan y Smith (2007, citados en Nieves, 2015), reconocen que la espiritualidad tiene un papel relevante en la experiencia de infertilidad, ya que lo vivido durante el diagnóstico y el tratamiento hace que las personas se sientan en la necesidad de tener confrontaciones con Dios y su Fe, llevándolas a “enojarse con Dios o mostrar una gran preocupación sobre su relación con Dios y/o una figura mayor, desatando una controversia interna que puede provocar malestar” (p.21). En esta investigación, las mujeres de la misma manera que los hombres lo hicieron, reconocieron venir de familias muy creyentes y practicantes activas de las corrientes religiosas y católica y cristiana evangélica: *“yo soy católica, soy creyente, de vez en cuando voy a misa, me gusta, a veces me llama la atención, a veces me nace, pero no les voy a mentir no es que vaya a misa todos los domingos, pero no me gusta pasar metida ahí tampoco a pesar que de chiquilla fui monaguilla, fui catequista y aquí en la casa yo sí soy de rezar, no soy de rezar el Padre Nuestro, yo me siento a hablar, me pongo a pelearme con el de arriba, él y yo nos entendemos”*-mujer 4, también: *“en mi familia de origen todos fuimos educados en colegios católicos, no somos practicantes fanáticos pero mi papá y mamá sí son muy católicos”*- mujer 6. Sin embargo a pesar de esa influencia tan fuerte de sus núcleos familiares, algunas reconocieron creer pero no ser practicantes estrictas: *“la parte médica, mi parte racional, a ver cómo les explico, yo estoy consciente que si yo junto mis dos versiones, sí la vida empieza desde la concepción, no estoy negando eso, pero también creo que en la concepción el hecho de que progrese o no un óvulo, ahí no está en manos del ser humano, es mi visión verdad, está en manos de Dios”*-mujer 6.

De acuerdo con Nieves (2015) “aunque espiritualidad y religiosidad son dos conceptos diferentes, estos presentan tener un gran impacto ante la toma de decisiones de los tratamientos de infertilidad” (p.23). Ella plantea que, a nivel mundial, los avances que ha tenido la RMA ha generado una serie de controversias en todos los ámbitos del quehacer humano, pasando por lo moral, legal, social y religioso, lo cual coincide con lo discutido y aprendido durante las sesiones de Bioética que fueron parte de las sesiones formativas de este Seminario de Graduación. Teniendo en cuenta esto, en lo que respecta a la religión se desea destacar que dada la diversidad de agrupaciones existentes, todas ellas van a tener una visión distinta sobre la aceptación o no de dichas tecnologías, lo cual se evidenció en los resultados en tanto que si bien para las mujeres la religión era significativamente más importante que para los hombres, tanto en creencias como en práctica, para ellas al igual que para los hombres, no fue un condicionante para decidir realizar los tratamientos de fertilidad. Sin embargo, a diferencia de sus parejas, sí se sintieron presionadas o cuestionadas por sus familiares creyentes al haber tomado la decisión en pareja de realizarse los procedimientos médicos: *“mi tía la mamá de mi prima la que quedó embarazada, ella una vez nos invitó al té de canastilla (...)y me dice -que esperara, que fuera lo que Dios quisiera, que no me sometiera a ningún tratamiento, que eso no era de Dios, que él verá, que él sabe la razón- (...) ella hasta una Biblia me regaló y me dijo que -las respuestas estaban ahí-”*-mujer 4. De igual manera, otra de ellas comentó que conocidos habían utilizado el término “pecado” en referencia al tratamiento: *“sí claro, mi suegra me lo ha dicho, pero me lo ha dicho en una conversación dulce, nos quedamos las dos sola y me dice -¿a usted no le da miedo eso que la Iglesia dice que es pecado? y tal vez ustedes están presionando algo y ¿por qué mejor no se quedan así ustedes dos solos?- verdad y yo le digo -¡ayy, no pensamos igual!-”*-mujer 6.

➤ *Población Pareja:*

Tal y como se expuso en los apartados de hombre y de mujer, la religión juega un papel muy importante en la vida de la mayoría de los sujetos de investigación, tanto de manera individual como de manera colectiva, dadas las prácticas espirituales y religiosas que como pareja reconocieron tener. Algunas parejas destacaron que la base de su matrimonio está en función de una figura muy representativa para ellos: *“mirá creo que es una cosa de poner primero a Dios. Yo creo que cuando uno tiene una pareja, un matrimonio, yo creo que el centro de tu matrimonio tiene que ser Dios”*-mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja. Asimismo, esa figura formaba parte de su diario vivir: *“mi esposa y yo como somos cristianos, siempre estuvimos trabajando juntos en la Iglesia, damos un ministerio de jóvenes, lo hicimos por los jóvenes de la Iglesia (...) la parte de la Iglesia para nosotros es muy importante, todos los domingos nos congregamos (...) Dios es la base de la relación, siempre lo ha sido, nosotros tenemos fe y sí creemos que existe Dios”* -pareja 3, también se puede observar en: *“nosotros estábamos en una cosa que se llama Seminarios Católicos de Reflexión Cristiana, entonces empezamos a hacer jornadas juntos, él era charlista”*-mujer 6 en referencia a la experiencia de pareja.

Como se ha venido documentando a lo largo de esta investigación, tanto la espiritualidad como las creencias religiosas, han sido consideradas como fuentes de fortaleza para ayudar a las personas a lidiar con los problemas asociados a la infertilidad, convirtiéndose incluso en una forma de estrategia para afrontar su condición o la de su pareja, de la manera más sana posible tanto a nivel individual como colectivo (Dyer, et al. , 2002, citados en Nieves, 2015), tal y como se verá detallado en la familia teórica “Estrategias de Afrontamiento”. Sin embargo además de esa función protectora, los resultados analizados por las investigadoras

sugieren que a su vez, la influencia de las creencias espirituales y religiosas practicadas por las parejas también permearon y fueron puestas a consideración al momento de su elección y decisión de realizarse los procedimientos para tratar la infertilidad y por tanto tuvieron un rol de antecedentes a la forma en la que las experiencias fueron interpretadas “las parejas deben familiarizarse con las prácticas correctas que permite su religión, para las mismas ser consideradas en el cuidado espiritual de la pareja” (Roudsari, Allan y Smith, 2007, citados en Nieves, 2015, p.23). Lo anterior, se ejemplificó en el caso de la pareja 3, que destacó a la religión como su aliada para someterse, sin prejuicio alguno, a la reproducción médicamente asistida. Ellos, tuvieron la particularidad de haberse practicado la RMA de Inseminación Artificial a pesar de sus creencias religiosas, amparados curiosamente en este caso, por autoridades de su Iglesia quienes también se habían realizado el mismo procedimiento, situación que los libró de cualquier tipo de cuestionamiento y los influenció a realizarse el tratamiento sin culpa: *“la experiencia de esa otra pareja de pastores no diría que fue decisiva para nosotros, pero sí afirmativa”*- pareja 3. Sobre este mismo caso, destaca que al cuestionárseles si les hubiera tocado realizarse una FIV, que a su modo de verlo conlleva más implicaciones éticas dado el manejo distinto que implica con respecto a la manipulación de las células sexuales masculinas y femeninas, opinaron que: *“Hombre: Posiblemente hubiéramos hablado con él [en referencia al pastor de la Iglesia...] y posiblemente hubiéramos recibido un buen apoyo informado. O sea nuestra conclusión del In Vitro, (...) como cualquier otra técnica médica si se tienen los cuidados, si se aplican las normas éticas, no debería haber problema. Para nosotros siempre que fuera una norma bien reglamentada y todo lo demás, que nos dijeran que no iban a abusar de ustedes, ni del cuerpo, ni de los productos de los embriones, bueno perfecto. Y un último aspecto, es que realmente nosotros adquirimos mucha confianza en el doctor, sabíamos que él no iba a abusar de nosotros, para*

nosotros eso fue fundamental. Mujer: si la pareja que había pasado por esto, que son pastores no hubiera existido, hubiéramos buscado toda la información que hubiéramos considerado necesaria, nos hubiéramos asesorado con el doctor y hubiéramos buscado asesoría pastoral o sea lo hubiéramos conversado fijo con nuestro pastor, fijo con nuestra familia que son cristianas las dos, incluso la mamá y el papá de mi esposo son pastores y ellos tienen una ética muy alta”- pareja 3. Valga destacar, que esta pareja además, cuidadosa de sus prácticas religiosas y filosofía de vida, comentó haberse informado previamente sobre los momentos en que quizá la ciencia podía chocar con los mandatos de su religión.

Ahora bien, resulta igualmente importante considerar que a su vez existieron reportes relacionados a que la influencia espiritual-religiosa, al igual que lo advierte Pargament et al. (2004) muchas veces resulta una mayor fuente de estrés para la pareja al sumar más cuestionamientos y dudas sobre las decisiones y el curso de los tratamientos. Tal y como lo indica Nieves (2015) “aunque el rol de la espiritualidad presenta tener beneficios en el cuidado de las personas o parejas que enfrentan problemas de infertilidad, la misma puede también servir de desaliento” (p.21), esta puede variar de positiva a negativa convirtiéndose no siempre en una fuente de apoyo ya que algunas personas suelen asociar a su vivencia la infertilidad con un castigo divino, al creer que Dios les está privando de ver realizados sus deseos de convertirse en padres o madres, por no haberse apegado a los principios que dictamina su religión, dando lugar a la idea de haber cometido “pecado”: *“el domingo voy a misa y el padre se deja decir en la Homilía -esas parejas que van a Panamá a hacerse una FIV son parejas que no confían en Dios-, eso fue como que me agarraran y me hubieran pegado una bofetada en la cara y entonces me hiqué y le dije -Señor ¿esto es lo que quieres que yo oiga, justo el día que vine a buscar tu consuelo?- Ustedes no tienen idea como estaba*

mi esposo, que si lo hubiera tenido más cerca lo agarra del pescuezo, terminó la misa y nos vinimos y mi esposo no volvió a misa nunca más hasta la fecha, la última vez fue cuando lo llevé a una misa del Padre Pío y me dijo -deje de estarme trayendo a estas cosas porque por su culpa yo me voy a condenar, porque usted no sabe todo lo que yo le digo a Dios cuando estoy frente a él-"- mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja.

Otro aspecto en el que la influencia religiosa se podía observar, en las personas participantes era en la percepción de estar cometiendo pecado en asociación, a haber experimentado sexo prematrimonial, relacionado a haber tenido variedad de parejas sexuales previas, a la práctica de la masturbación o incluso por pensar divorciarse, como ya se ha mencionado en los resultados específicos por población. Al respecto de esta idea, una de las parejas reportó: *"yo me casé con mi esposo para formar un matrimonio, no me casé con él pensando en tener hijos, él y yo somos una familia y yo a veces decía -juepucha ¿será que Dios nos formó así porque si hubiéramos tenido hijos él se hubiera ido?"* -pareja 5.

En suma, según el análisis que han realizado las investigadoras de esta categoría teórica y a lo largo de esta investigación en general, la RMA por sí misma es generadora de controversia social y muchas veces bioética, por lo tanto al sumarle el peso que tienen los cuestionamientos producto de la influencia de la religión sobre las parejas, se pueden desencadenar en algunas personas, cogniciones y emociones consistentes con una menor seguridad en sus decisiones y por ende un mayor desajuste emocional ante la percepción de falta de apoyo de esa parte de su vida. Por tanto, las investigadoras consideran que pese a que la espiritualidad y religiosidad parecieron jugar un papel importante en la salud psicológica de las mujeres, hombres y parejas infértiles entrevistados lo cual concuerda además con los desarrollos de Domar (2005), se debe advertir que a nivel general siempre se debe tener en

consideración que este fenómeno dependerá de la persona o pareja y su circunstancia específica, lo cual debe ser tomado en consideración ante cualquier potencial intervención o acompañamiento que se haga con esta población.

Categoría C: Mitos y creencias asociadas al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad

Dentro de la gran esfera de las influencias sociales, se pudieron también destacar los mitos y creencias asociadas al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, que corresponden a la tercera categoría teórica de esta familia. En esta investigación esta categoría será entendida como todos aquellos mitos, creencias y/o conductas relacionados con las posibles causas del diagnóstico, aspectos que incidían sobre el tratamiento o relacionados en general a la concepción de la masculinidad, feminidad, maternidad y paternidad.

➤ *Población Hombre:*

Los hombres reportaron creencias o mitos vinculados a castigos divinos: *“mi papá una vez se dejó decir que a mi esposa la había castigado Dios, por ser una mala hija y que por eso no tenía hijos”*-hombre 5. Esto es un ejemplo claro de cómo “los padres, los tíos y los abuelos comentan en forma directa o indirecta, mediante burlas, anécdotas e historias, sobre lo imperioso que es la llegada de un descendiente a la familia para asegurar la continuidad consanguínea y la consolidación de ellos como especie (Carreño y Morales, p.83, 2016). En este caso, el suegro de la mujer con el diagnóstico, intervino para argumentar desde su ideología, con un comentario grotesco, las supuestas razones de no poder concebir, basado estas en fundamentos religiosos en donde el castigo sobresale.

Por otro lado, aquellos en que se destaca el papel de las designaciones sociales, de que toda mujer casada debe tener hijos o toda mujer con hijos debe estar casada: *“tengo unas primas que están casadas y no tienen hijos y hay personas que tienen un hijo pero diay nunca se casaron y no tienen una pareja con quien compartir toda su vida”*-hombre 4, afirmando que la maternidad es algo que debe experimentarse porque de lo contrario queda una falta: *“la mujer tiene ahora más posibilidades y todo pero a la hora de la hora yo creo que si no es mamá ella siempre va a sentir como un vacío, talvez no lo va a decir pero en el futuro se va a preguntar qué hubiera pasado si”*-hombre 1. Aspecto que se refuerza también desde las mismas instituciones socializadoras, en este caso la escuela desde donde se construye y transmite erróneamente la idea de que la capacidad reproductiva está dada por sentada en todos los seres humanos: *“me devuelvo a tercer grado de escuela, a uno le enseñan que el ser humano nace, crece, se reproduce y muere, entonces siento que desde la escuela a uno le inculcan ese rol”*-hombre 7.

También destacaron aquellos mitos generados a raíz de la falta de información sobre los procedimientos, principalmente en el caso del hombre que junto a su pareja decidieron no hacerse ningún tratamiento: *“yo creo que la fertilización In Vitro o cualquier tratamiento, o sea yo no por mi forma de ser y todo, yo no vería a ese hijo como si fuera mi hijo, porque no lo asimilaría así”*-hombre 5, quien a su vez destaca que si fuera él el diagnosticado viviría la noticia de una manera más difícil de lo que le ha tocado a su esposa enfrentar: *“siento que ahorita el golpe sería doble y muy bajo para ella, me entiende, ahorita existe la posibilidad de un milagro verdad, pero el saber de que yo soy infértil es una posibilidad menos (...) no sé para un hombre digamos en el caso mío por el tema del machismo y todo, sea tan fácil de digerir la verdad”*-hombre 5. Y es que el tema del machismo también fue destacado por otros

hombres aun cuando su experiencia con el resultado del tratamiento había sido diferente: *“yo tenía que ser el fuerte”*-hombre 1 y *“yo me dije en mi mente yo soy el que tengo que ser un poquito más fuerte y ser el que tiene un poco de calma acá”*-hombre 3. Estos aspectos si bien se asocian a esa intención de apoyo a su pareja al ser en estos dos casos las que experimentaban el impacto directo del tratamiento, no dejan de estar permeados de la demanda que genera en ellos la sociedad de mostrarse fuertes independientemente de lo que estén pasando, lo cual a su vez se convierte en un mito al prevalecer esas demandas y estar introyectadas en el discurso de estos hombres.

En el caso de los hombres 1 y 3, los dos que tenían la experiencia de ser papás, se destacó en ellos la presencia de pensamiento mágico a través de la creencia de que sus deseos se volvieron como profecías autocumplidas, ya que ambos comentaron que en algún momento previo de sus vidas sintieron que iban a tener los hijos con las características tal como los tuvieron: *“desde pequeño, inclusive siempre dije, que cuando yo iba a ser padre iba a tener gemelos, que se me cumplió es suerte, casualidad, obra de Dios, no sabemos”*-hombre 1, y *“yo siempre quise ser papá de una niña”*-hombre 3. Asimismo, fue notorio en ambos casos que se destacara el esfuerzo, según lo describen extra, que deben realizar ellos como padres para formar un vínculo más cercano con sus hijos: *“yo nunca voy a poder crear con mis hijos lo que mi esposa creó con ellos, que es el vínculo de parirlos, de tenerlos en el vientre y todo eso”*-hombre 1 y *“hay una parte que es natural de la mujer y una parte del hombre que es padre que uno tiene que obligar a construirse”*-hombre 3, reforzando esto una vez más los mitos de los que se habló en líneas anteriores.

➤ *Población Mujer:*

Informarse siempre ha sido la clave para rebatir creencias irracionales o estereotipadas sobre el evento que se experimenta o estudia. En esta investigación, se pudo comprobar cómo la curiosidad por investigar, leer y preguntar a profesionales especialistas sobre la experiencia del diagnóstico de la fertilidad en estas parejas, fue muy importante porque les permitió comprender mejor su condición, aislando los mitos y debates moralistas que limitan la toma de decisiones desde los primeros procedimientos hasta los últimos. Al respecto, las mujeres entrevistadas evidenciaron una actitud proactiva de querer informarse lo suficiente para comprender mejor su situación, reflejándose siempre empoderadas y manejando terminología médica.

Sin embargo, a modo de ejemplificar la intención del presente apartado, valga mencionar que de las siete participantes, solo una dio muestras de no tener una comprensión tan clara de su condición médica y sus posibilidades de tratamiento, razón que según lo percibido por las investigadoras podría estar vinculada con su decisión de no practicarse ningún tratamiento, y además potencialmente fue un reforzador de mitos y creencias asociados a los tratamientos. Al respecto, conviene reportar el punto de vista de ella, el cual justificó en sus concepciones religiosas, las cuales como se detallará en la categoría “Afrontamiento espiritual-religioso” podrían considerarse también como estrategias de afrontamiento. Sobre este caso sobresale que la falta de información sobre el tema, permeó sus opiniones y decisiones sobre posteriores eventos, siendo uno de ellos el considerar la oferta que le hizo una cuñada de donarle uno de sus óvulos: *“si fuera el óvulo de mi cuñada, es que hay algo que no me gusta de ella, que ella no es una persona como que le guste trabajar, estudiar o superarse personalmente ella está como en una zona de confort ahí porque mi hermano la mantiene y*

a mí me da miedo que si ella me da un óvulo, mi hijo o mi hija salga igual que ella porque es una cuestión de ADN porque la mamá es igual y las tías son iguales, entonces hay una cosa ahí que yo pienso que eso se puede traer ahí entonces mejor no”-mujer 5. En posteriores consideraciones, al descartar esto como una opción dadas esas supuestas posibilidades, se le preguntó si se practicaría una inseminación con donación de gametos, ya que sus óvulos no son viables y ante esto comentó que: *“es una decisión de ambos, y a mí lo que me preocupa es que cuando crezca el niño o la niña yo no lo vea como un hijo mío, yo digo diay pero si yo quiero a mis perros y los amo con todo mi corazón, ¿por qué no puedo llegar a querer a alguien que tuve en mi vientre?, pero es que no sé, siempre existe esa idea que no va a ser mío al 100% ¿entonces para qué?”-mujer 5.*

Por su parte, uno de los mitos identificados en las participantes estuvo vinculado a las designaciones sociales construidas sobre la mujer: *“socialmente lo que le meten a uno en la cabeza es parte de ser mujer, porque a veces sí he dicho es que si yo no soy mamá no soy mujer, no sé yo misma me lo cuestiono a veces”-mujer 4.* En alusión a lo anterior, Saletti (2008) destaca que en la cultura patriarcal predominan las representaciones del deseo de ser madre y de los roles que socialmente se le han asignado como su amor, cuidado y entrega abnegada como si fueran manifestaciones instintivas, sin embargo, esto es un mito. Para ella ese mito asociado al instinto maternal responde a las construcciones culturales, pero *“su carácter natural se encuentra refutado no sólo por su variación entre las diferentes personas y lugares, sino también por su carácter siempre cambiante, que se explica por su conexión con la cultura y la organización de una sociedad determinada” (p.170).*

Por otra parte, se hicieron visibles aquellos referentes al cuestionamiento de la propia sexualidad, considerando una relación causal entre sus conductas sexuales y su diagnóstico

o también en donde la línea de pensamiento sugería que de haberse examinado médicamente antes quizá y ya habría alcanzado su meta: *“vieras yo cómo me he reprochado en la vida de que por santulona y por tonta yo hubiera tenido relaciones más joven, yo hubiera podido quedar embarazada y hubiera podido tener un hijo”*-mujer 5, en su caso también se dio el cuestionamiento de que quizá Dios la había castigado por haberse masturbado estando soltera, y eso desde su visión y prácticas religiosas era pecado. Al respecto, Dyer, Abrahams, Hoffman y van der Spuy (2002) citados en Nieves (2015) reportan que muchas veces las creencias religiosas y la espiritualidad de las personas juegan un rol importante ya que desde una perspectiva positiva pueden ayudarles a sentir fortaleza para lidiar con los problemas de infertilidad, pero también puede creerse que dada su condición están siendo “castigados por Dios por los pecados que han cometido o por practicar el sexo prematrimonial” (p.60). Este es un caso claro de cómo ambas afirmaciones son antecedentes condicionantes de la forma en que esta mujer interpreta su experiencia, lo cual es un reflejo de la encrucijada en la que reflejó estar, ya que por diferentes razones ella consideró que Dios no le permitió vivir la maternidad deseada, como una forma de castigo.

Continuando con la creencias alusivas a la causa de no poder tener un hijo como una lección de vida que Dios les estaba haciendo pasar, pero en función de otras razones se anota el siguiente ejemplo: *“sentía que podía ser un castigo porque talvez yo no había apreciado todo lo que se me había dado, como que estaba muy acostumbrada a que las cosas se me daban y que me las merecía. Entonces que era como una lección de vida: ¿usted cree que todo se le puede dar? pues no. No personificando un Dios malo, porque no creo que sea así pero sí creo que hay lecciones de vida. Sí creo que tanto va el cántaro al agua que finalmente se rompe”*-mujer 1. Sobre esa misma línea, también se manifestaron creencias asociadas al

paso del tiempo y a las demandas específicas de la edad al considerar que: *“yo a esta edad debería ya estar casada, tener hijos o familia o lo que sea y no lo estoy, entonces ¿que estoy haciendo? estoy saliendo, estoy estudiando, estoy haciendo lo que debí haber hecho a mis 20, entonces para mí emocionalmente o cerebralmente se me hace molesto”*-mujer 4. El tema de la edad, será explorado a profundidad más adelante.

Además, una de ellas puso en evidencia uno de los más comunes cuestionamientos de la esfera de las mujeres, correspondiente a la mezcla de la maternidad con el trabajo. Un aspecto cada vez más común de la mujer contemporánea es que *“se encuentra ante la encrucijada de decidir si debe llevar a cabo el desarrollo de su carrera profesional o ser madre, situando en segundo lugar la maternidad, para cuando la carrera profesional ya se encuentra afianzada”* (Giménez, 2012, p.4). Al respecto, las mujeres entrevistadas destacaron: *“yo era de la creencia, yo decía ay no ¿por qué yo me voy a quedar? O sea si me caso y tengo hijos ¿por qué me voy a quedar en la casa?, pero ya aprendí eso, o sea son decisiones, hay mujeres que deciden eso y está bien, hay mujeres como yo que no decidimos eso”*-mujer 3, en referencia a que una vez lograda su maternidad, sentía la necesidad de retomar sus funciones. Ante esto se vio ante una realidad inminente que no podía negar, y era salirse de lo esperado para una recién mamá: *“tenía amigas que habían tomado esa decisión, que se habían quedado en casa, entonces yo tuve cargo de conciencia por un tiempo porque yo dije estoy dejando a mi hija, pero por otro lado yo ¡siga yo soy una mujer trabajadora! entonces ese idealismo de maternidad 100% en casa con maternidad compartida, no sé cómo decirlo, es el rol que al final tomamos. Yo sigo trabajando sigo siendo su mamá y no me tengo que sentir mal por dejarla en casa”*-mujer 3.

Tomando como base la frase anterior, es importante recordar lo que social y culturalmente se ha construido respecto a las esferas que deben habitar el hombre y la mujer de forma diferenciada: el hombre al ámbito público del trabajo y la mujer al ámbito privado de su casa para criar a sus hijos. Para Saletti (2008) la división que se realiza socialmente respecto a los espacios públicos y privados, se convierte en “el determinante del valor diferencial de la identidad masculina y femenina, y de la valoración social y económica otorgada a las funciones que cada sexo realiza, valoración que se realiza en perjuicio de las mujeres y se traduce en desigualdad” (p.175) y dada la necesidad de equiparar condiciones en un mundo de derechos que busca la equidad de los géneros, esta situación se ha ido modificando, siendo cada vez más visible en la práctica y en el imaginario colectivo; sin embargo hay momentos en los que la personas se vuelve presa de sus propios prejuicios internalizados y esto hace que dude de si ese actuar equitativo sea lo más indicado, tal como sucedió con esta mujer que aun teniendo la posibilidad de trabajar, habiendo además pasado por una experiencia de embarazo y postparto complicada a nivel emocional, se cuestionó si era lo más indicado basándose en “el qué dirán”, y reconoció después la importancia de incorporarse de nuevo a la esfera laboral, aunque esto fuera socialmente mal visto, más por tener una hija tan pequeña.

Por otra parte, así como sucedió con los hombres, en las mujeres se destacó la presencia de pensamiento mágico a través de profecías autocumplidas sobre la maternidad, vinculadas en este caso al poder intuitivo que se especula desarrolla una mujer que es madre, respecto a sus hijos. En este caso la mujer siete comentó: *“estaba en el trabajo y hablábamos de los bebés [se refiere a los embriones que le habían transferido recientemente producto de una FIV], estoy sentada en el escritorio y sentí un vuelco en el corazón tan feo, y me levanté y le dije a mi enfermera -algo no está bien-, perdí toda la ilusión pero fue como si me hubieran quitado*

un velo de los ojos y sentí algo aquí tan feo, se me quitó todo, el dolor de mamas, esa sensación de hambre, de asco. Si alguna mujer me lo dice algún día yo se lo voy a creer, fue así como ¡PLA! como que te desconecten un switch y me hacía así las mamas y no me dolían y yo ¿pero qué pasa?, fue instantáneo” - mujer 6. Como se observó, la principal diferencia de la manifestación de este hallazgo entre hombres y mujeres fue que en el caso de ellas, se sigue aludiendo a “poderes intuitivos” retomando el tema de la maternidad como instinto, dada la posibilidad de detectar señales en ellas o en sus cuerpos. En relación con esto, Oiberman (2004) realza la idea de la revolución de la identidad femenina a partir de la obra “El segundo sexo” de Simone de Beauvoir (1949), en donde se afirma que el instinto materno no existe ni tampoco el amor espontáneo y según lo analizado por las investigadoras, esto es un reflejo claro de cómo la sociedad a través del pensamiento mágico, legitima y refuerza los roles asignados a la mujer como si fueran parte de su naturaleza. De igual manera, Sau (1995, citado en Saletti, 2008) sostiene que el amor materno es parte de lo femenino permitido dentro de la sociedad patriarcal y es infravalorado al ser considerado instintivo, natural y sostiene la idea de que no se adquiere con esfuerzo, a la vez es exigido a todas las madres, a quienes se acusadas de “malas madres” si no lo demuestran, por lo que en este caso dado esa manifestación de pensamiento mágico, las investigadoras analizaron que esa mujer se sintió “más mujer” al haber detectado a través de las señales de su cuerpo, la pérdida de ese embarazo.

❖ Familia 3: Expectativas maternidad – paternidad

Otra de las familias teóricas que surgió es la alusiva a las expectativas sobre la maternidad y la paternidad.

De acuerdo con Facio (1992)

Por medio de las instituciones patriarcales se hace la socialización patriarcal, que es el proceso por el cual las personas de sexo femenino desde pequeñas, van interiorizando los valores y actitudes que se les atribuyen, descartando toda emoción o deseo atribuido al otro sexo y aprendiendo el rol asignado para convertirse en personas de género femenino, es decir en "mujeres", al tiempo que aquellos de sexo masculino desde pequeños, sufren el proceso que los hará personas de género masculino, es decir "hombres" (p.32).

Una de las principales instituciones socializadoras es la familia, la cual además de delimitar cómo debe ser y lo que debe hacer un hombre y una mujer, determina también las responsabilidades extendidas de esos roles, dando lugar a las figuras materna y paterna. La mujer que se convierte en madre y el hombre que se convierte en padre, están permeados de un conjunto de factores psicológicos, sociales, y culturales que indiscutiblemente influyen en cómo afrontan su proceso de embarazo y su posterior desempeño en el rol materno y paterno. Entre esos: la historia de vida de ambos, la experiencia del embarazo de la mujer, la historia y situación del momento de la pareja, la importancia social e individual otorgada al aspecto físico, la condición socioeconómica, las redes de apoyo social y familiar con que se cuentan, la situación de trabajo, la estabilidad emocional, los esquemas cognitivos respecto a los roles de género, la maternidad y la paternidad, y la edad (Alfaro, 2005).

Cabe destacar que la edad afecta de manera diferenciada la fertilidad de hombres y mujeres y con ello contribuye en la modulación del impacto psicológico ante el diagnóstico y su tratamiento. La *edad* es un factor trascendental sobre la fecundidad, especialmente en el caso de las mujeres, ya que, cuanto mayor sea la edad menor es la fertilidad. Por lo tanto, está posiblemente asociada a la intensidad de las reacciones psicológicas durante el proceso de atención por infertilidad, al generar la percepción de que el tiempo para la maternidad biológica se acaba. La mejor edad reproductiva de una mujer, biológicamente hablando, es alrededor de los veinte años, posteriormente, la fertilidad disminuye gradualmente a partir de los treinta años y aún más después de los treinta y cinco años. Una mujer sana y fértil de treinta años tiene una probabilidad del 20% de quedar embarazada si lo intenta en un ciclo (American Society for Reproductive Medicine, 2013), en cambio a la edad de cuarenta años, la probabilidad de un embarazo es inferior al 5% por ciclo. Este aspecto es determinante ya que fue una de las condiciones inherentes a los sujetos de investigación, al evidenciar gran preocupación por su edad para poder cumplir con las expectativas asociadas a ser padres y madres.

Dado lo anterior, fue importante indagar la significación de estos referentes en la vida de las y los participantes, ya que son una premisa relevante para comprender los ideales o patrones posteriores sobre el deseo e intenciones de asumirse o no como padres y madres.

En esta investigación esta familia teórica será entendida como la influencia de las ideas previas que se tienen sobre la maternidad y paternidad que determinan la búsqueda de una solución a través de una técnica de reproducción asistida al no poder concretar de manera natural la meta de la concepción. Y está conformada por las categorías: Significado atribuido

a ser padre y madre, motivaciones asociadas a ser padre y madre y motivaciones para realizarse el tratamiento.

Categoría A: Significado atribuido a ser padre y madre

Se destacó como primera categoría el significado atribuido a ser padre y madre. Son las ideas preconcebidas por socialización sobre las características que se les atribuye a ambos roles.

➤ *Población Hombre:*

Se consideró importante ahondar en las concepciones previas que tenían los hombres sobre la representación social del ser padre y ser madre. En el discurso de algunos se vieron marcadas esas demandas sociales de un sistema patriarcal que aún sigue delimitando de manera diferenciada roles para cada género: *“yo siento que una madre debe desvelarse por sus hijos y sin interés de nada, simplemente estar al lado de ellos, en las buenas y en las malas”*-hombre 5. Sin embargo, otros por experiencias previas distintas lograron desmitificar esos roles, aun en un sistema gobernado por el patriarcado, trayéndose abajo los prejuicios asociados al género: *“yo crecí con un papá que trabajaba en casa y una mamá que salía a trabajar, entonces el que hacía los almuerzos y los desayunos era mi papá, el encargado de mis hermanos, de prepararlos para ir a la escuela”*-hombre 3.

Cuatro de los hombres, reportaron no haber tenido una figura masculina en sus vidas que asumiera el rol de padre, de modo que su percepción sobre esas demandas no la tenían muy delimitada: *“el padre en realidad no lo tengo muy claro verdad, porque nunca he tenido un papá en la casa verdad”*- hombre 7, generando esto que se depositara en la figura de la madre esa referencia tanto para el rol materno como para el paterno: *“no tuve esa figura paterna,*

mi mamá fue la que me enseñó a ser un padre”-hombre 1, o también anhelando en la figura de los suegros, esa demanda previamente insatisfecha al ser considerados muchas veces como la versión extendida de los padres y madres: *“con la familia de ella, sentí el padre y la madre que nunca tuve, tanto que en los años que llevo de estar con ella me han servido más platos de comida de los que me sirvió mi mamá en toda mi vida*”-hombre 5. Solamente un hombre comentó haber tenido una figura paterna presente y muy significativa en su vida y esto marcó también tendencias en el desarrollo posterior de este hombre en su rol paterno.

Tal como lo plantean Figueroa y Franzoni (2011), “la socialización desde la infancia hasta la edad adulta va dictando algunos códigos, valores, significados y conductas que aprendemos para relacionarnos con los otros y a su vez, esos valores van permeando nuestros estilos de vida” (p.68) y en este caso se pudo comprobar cómo los patrones de socialización de estos cinco hombres estuvieron permeados por la presencia o ausencia de las figuras materna y paterna y/o el tipo de relación que establecieron con los mismos. Asimismo, estos detalles previos que se pudieron conocer en torno a sus ideas asociadas a la maternidad y paternidad en sus vidas, como se evidenció muy ligadas a lo que pudieron haber experimentado previamente con sus propios padres y madres, se vieron reforzados al conocer cómo sus relaciones o experiencias previas de noviazgo, tema que surgió espontáneamente en el discurso de uno de ellos, también marcaron pautas importantes a la hora de considerar la paternidad como una opción en algún momento de su vida: *“tuve una novia de 10 años, estuve con una muchacha que era viuda y tenía un chiquito, yo ya me había hecho de la idea de que para estar con ella ya yo no iba a necesitar pensar en hijos, diay pero las cosas cambian*”-hombre 4, refiriendo a que una vez que sintió que estaba compartiendo su vida

con la persona indicada su opinión se modificó: *“a mí nunca llegó a interesarme tener un bebé hasta ahora”*-hombre 4.

Por otra parte, los hombres que aún no habían logrado ser padres destacaron que podría ser según sus creencias: *“como la mezcla del instinto, de lo que venga, de lo que uno conoce, de lo que uno ha vivido y ponerlo en práctica de la mejor forma (...) la vida deja de ser de uno porque se convierte en función de la otra persona”*-hombre 4, también de una manera alternativa alejándose de los mandatos sociales tradicionales uno de ellos comentó: *“uno puede ser papá engendrando sin criar y criando sin engendrar”*-hombre 7, y relacionado con esto ejercer ese rol paterno incluso con las mascotas: *“proteger a una persona, a un ser vivo, yo le digo a la gente que Sakky y Oro, yo soy el papá de ellos, aunque no tenga la misma sangre, pero yo soy el papá porque los cuido, los consiento, estoy pendiente de ellos”*-hombre 5. Los dos hombres que sí eran papás, trayendo al presente sus experiencias pasadas dijeron que: *“ser padre es esa persona que está para ellos, para cualquier momento, para acariciarlos, para educarlos, para compartir, para reír. No es que estoy llenando un vacío, aunque quizás mi inconsciente lo está haciendo, uno nunca sabe. Lo que yo sí me dije fue, yo voy a ser esa persona que talvez no tuve y me hubiera gustado tener”*- hombre 1. Por otra parte, destacaron la gran responsabilidad que conlleva: *“implica muchos sacrificios y hay gente que no quiere ser papá porque no está dispuesto a sacrificar ciertas cosas (...) lo único que yo no puedo hacer es darle de mamar, ni parirla. Yo quise aprender a bañar la niña, a cambiar sus pañales, a cambiar ropa, darle de comer, preparar su comida”*-hombre 3.

En estos casos, se evidencia el involucramiento de ambos hombres en las labores de crianza y cuidado, lo cual es equivalente a expectativas muy claras de cómo quieren que sea su rol, el cual no ven como diferenciado sino como complementario al de su pareja: *“nunca sentí*

vergüenza o incomodidad por asumir un rol similar, yo decía yo quiero ser parte integral del proceso de crianza de mi hija”-hombre 3. Otro de los hombres, que aún no había concretado su deseo de ser padre proyectándose a futuro también manifestó tener claro desde ya que le gustaría involucrarse mucho en el proceso de crianza, rompiendo con los paradigmas tradicionales: “yo tengo que seguir trabajando a no ser que yo me encargue del chiquito y mi esposa se ponga a trabajar yo no tendría problema con eso”-hombre 7. En general, todos destacaron que en este aspecto, no debería haber diferencia alguna entre los roles de papá y mamá, lo cual podría responder a dinámicas más frecuentes de equidad social, en donde la equiparación de responsabilidades se ha vuelto más común y los hombres han decidido empezar a ejercer un nuevo tipo de paternidad.

Por más diferencias que presentaran los hombres entrevistados respecto a la idea de lo es que es ser padre o madre, lo cierto es que gracias a las luchas sociales, han habido ciertos cambios en los paradigmas tradicionales que plantean que el hombre está supeditado exclusivamente al ámbito público y la mujer al privado, sucediendo que actualmente las labores de cuidado y crianza empiezan a experimentarse más habitualmente que antes en la población masculina, dada la inclusión de la mujer al mundo laboral, lo que ha permitido ir replanteando la concepción del hombre en el rol exclusivo de proveedor de la familia. Todo esto obedece a cambios sociales importantes que intentan colocar a las mujeres, en roles más equitativos con respecto a los hombres en cuanto a deberes y derechos, lo que ha ido permitiendo además, que algunos hombres que son padres hayan ido construyendo relaciones más empáticas con la educación y crianza de sus hijos, lo que ha generado un cambio de pensamiento y acción donde “el principio de autoridad es diferente al autoritarismo, el escuchar es opuesto a la

imposición, la displicencia se opone a la disciplina” (Carreño y Morales, 2016, p.86), características que podrían asociarse al nuevo tipo de paternidades hoy en día.

➤ *Población Mujer:*

Respecto a las concepciones previas que tenían las mujeres sobre la representación social del ser padre y ser madre, Saletti (2008) indica que en todas las sociedades alrededor del mundo “la maternidad ha sido considerada la condición femenina por excelencia, e incluso la misma esencia femenina. Sin duda, ha sido la capacidad biológica de procrear de las mujeres (...) la que ha sustentado la permanente identificación entre feminidad y maternidad” (p.175). En el discurso de algunas de las mujeres participantes, también se vieron marcadas esas demandas sociales de un sistema patriarcal que aún sigue delimitando de manera diferenciada roles para cada género: “*siento que es algo que uno trae, más nosotras las mujeres, no sé. Maternidad siempre es algo que lo tenemos en la cabeza, hoy por hoy yo he visto que hay mujeres que no lo tienen no sé si es una virtud, una ventaja o una desventaja porque yo siento que ser madre es dar todo o dicen que uno no conoce realmente el amor hasta que es madre*”-mujer 4. También otras que consideraban que esos roles no se diferenciaban del todo: “*para mi ser mamá es proteger y enseñar a salir adelante por su propia cuenta (...) ser papá es exactamente lo mismo y para lograr eso hay que trabajar porque esas cosas no se logran de gratis, entonces el factor económico también es muy importante entonces para mí un papá y una mamá tienen que trabajar juntos hoy en día, para que salgan adelante con la educación de sus hijos y darles amor, la estimulación en valores va más allá de estudien verdad*”-mujer 5, y también: “*un papá es alguien que cuida, que educa, en realidad para mi es lo mismo (...) yo pensaría que un padre y una madre no deberían tener roles muy diferentes o no deberían ser conceptos muy diferentes, solo porque uno aporta una cosa y otro la otra, o*

solo porque uno la carga y otro no (...) no los diferencio entre uno y otro, en que tengan roles diferentes en una familia, como que uno sea el encargado de proveer y la otra la encargada de cuidar, de dar o de educar, en realidad no los diferencio porque pienso que cualquiera lo puede hacer y porque yo también me vería en el papel de hacer, si me tocara eventualmente hacer las dos cosas”-mujer 7.

Así como pasó con los hombres, algunas mujeres reconocieron no haber tenido un rol paterno o materno en sus vidas o éste se ejerció a la distancia o de una manera no tradicional: *“mi papá tiene 67 (...) yo no tuve mucha relación con él, pero yo tenía mi figura paterna ahí y conforme yo maduré él llegó a participar más en mi vida (...). Mi mamá me daba cariño después de la oficina, me criaron mi tía y mi nana. Ella no era la típica figura de que la mamá tiene que estar con los chiquitos y el papá tiene que trabajar”-mujer 1, y: “mi familia está compuesta por mi mamá, mi hermano y yo, con la familia de mi papá nunca he tenido relación. Mi papá de una u otra forma sido un papá ausente”-mujer 2.* Así como otras que sí lo tuvieron presente pero ejerciéndose lejos de los estereotipos sociales: *“mi padre tiene un rol interesante en la casa, no fue la persona más fuerte en la casa, mi mamá opacó mucho a mi papá en muchos aspectos, mi mamá trabajaba mucho afuera entonces mi papá era como la alegría de la casa, como él es un charlatán, alegre y siempre mantiene a mi mamá en niveles bajos de humor, entonces para mí la paternidad es ese complemento verdad, sí estoy muy consciente que el rol del padre ha cambiado mucho, yo vi a mi papá cambiar pañales, yo vi a mi papá lavar y un montón de cosas entonces no es el rol del papá que provee ni castiga”-mujer 6.*

Además, fue significativo ver cómo el constructo de maternidad, en algunas de ellas fue modificándose en la medida que su tratamiento evolucionaba y se enfrentaban a panoramas

no esperados: *“es interesante porque para mí el concepto de maternidad cambió mucho, para mi maternidad era sentir el embarazo, vivir las pataditas, la concepción del niño, ver crecer mi abdomen y mi ilusión era dar de mamar o sea yo me soñaba dando de mamar, ese era mi concepto de maternidad y ahí terminaba. Conforme han ido pasando los tiempos y la ayuda psicológica, yo sé que es lo que me agarre mi hermano, la psicóloga, mi mamá y me digan -quitale esa hijueputa mentalidad de la maternidad de tener el hijo dentro del vientre-, y me cerré y me cerré, tanto me hablaron y me bombardearon. No me acuerdo muy bien qué me hablaban, pero sí me llegaba muy hondo y entonces fui moldeándola, moldeándola, de entender que la maternidad es un proceso que se acaba, que empieza y acaba pero que quiero vivirlo, no sé cómo pero quiero vivirlo”*-mujer 6. Este aspecto fue relevante en la medida que permitió a todas las mujeres entrevistadas, hayan logrado experimentar o no la maternidad, cuestionar lo que desde sus núcleos familiares se les inculcó directa o indirectamente sobre lo que significa ser madre o padre en la medida que estas figuras fueron parte o no de su crianza.

Categoría B: Motivaciones asociadas a la búsqueda de la paternidad y maternidad

Otra de esas ideas previas que destacó en el discurso de los participantes fueron las motivaciones asociadas a ser padre o madre, que corresponden a la segunda categoría y en esta investigación serán entendidas como los aspectos relacionados al papel que la paternidad y maternidad cumpliría en sus vidas a futuro, como tener a alguien a quien querer, a quien enseñar, alguien que los cuide, que sea sentido de trascendencia y/o a quien tengan la posibilidad de heredar, aspectos que fueron motivadores o no para la búsqueda y consecución de los tratamientos.

➤ *Población Hombre:*

De acuerdo con Sarkar y Gupta (2016), la paternidad es un rol muy arraigado en todas las sociedades y en ellas se generan diversidad de creencias y expectativas sobre los posibles roles que se pueden llegar a desarrollar con los hijos, algunas personas “deciden tener hijos no porque esperan ventajas económicas, sino porque predominan otros motivos emocionales: un beneficio psicológico en cuanto a que tienen la sensación de adoptar una responsabilidad, de ser competente, de ser emocionalmente necesario, así como de estar representados en tanto que seres humanos” (Giménez, 2012, p.4). Esas necesidades de sentirse representados, de trascender, de dejar huella, se evidenciaron al indagar las razones que motivaban a los sujetos de investigación a ser padres, fueron sobresalientes en el discurso de algunos las expectativas para el futuro: *“talvez sí ha sido y probablemente sigue siendo como la necesidad de tener un hijo a quien enseñarle, a quien cuidar, a quien alimentar, digamos todo eso que nunca tuve con mi papá y bueno no solo eso, digamos también es importante porque es algo que compartiríamos como pareja”*-hombre 7, sin embargo en una posición contraria se mostraron otros muy críticos al respecto cuestionando más bien esa creencia al manifestar que: *“mucha gente cree que tener hijos al final de cuentas cuando estén viejitos esos hijos lo van a chinear y van a cuidar por ellos o van a ser sus salvadores (...) el hecho que usted tenga hijos eso no le va a garantizar a usted que en el futuro van a ser su respaldo”*-hombre 5, este caso es particular ya que de los hombres fue el único que manifestó estar seguro de no querer tener hijos: *“talvez como para mí los hijos nunca fueron un pilar fundamental o no pensé en casarme para tener hijos o procrear (...) como hombre si no tengo hijos no es algo que me vaya a mortificar, hay que saberlo asimilar y seguir para adelante”*-hombre 5, este caso fue

el que se diferenció de los demás, ya que los otros hombres al momento de la entrevista o ya habían tenido sus hijos o los seguían intentando tener.

Las expectativas de su paternidad, se vieron también mediadas por las motivaciones y/o metas previas que tenían respecto a si les interesaba o no desde antes la idea de procrear. Hubo uno de ellos que destacó desde su relación de noviazgo: *“para mí no estaba en la intención de novios, voy a embarazarla”*-hombre 5, o por el contrario otro: *“eso siempre ha sido un anhelo mío, querer tener familia”*-hombre 1. Hubo un caso que sabía de antemano cómo quería que se diera la experiencia de paternidad en sus vidas, siendo una decisión planeada: *“si iba a tener un bebé iba a ser primero pedido, no iba a ser un sleep, yo siempre pensé pedirlo o controlar una cosa así (...) voy a querer que tenga la mamá que sea la mejor mamá que pueda conseguir para mi hijo”*-hombre 4, situación que coincidía con las descripciones alusivas a su actual pareja y esposa. Este caso reconoció que: *“tuve la situación de que pasé mucho tiempo pensando que no me iba a preocupar de eso, a pesar de que tuve más o menos no era que era mi hijo porque el chiquito no estaba mucho con nosotros pero yo lo vi crecer 10 años, pero no era mío ni pensé ser el papá ni nada por el estilo”*-hombre 4, contando sobre su relación previa, de la cual ya se habló en líneas anteriores, que es de donde pudo haber visto satisfecho ese deseo pero no fue así dado el manejo y comprensión que tuvo respecto a las condiciones personales y de pareja en ese momento.

Aun cuando unos reconocieron ver desarrollado su interés en tener hijos una vez su relación estuviera más estable, destacaron que: *“el objetivo de nuestra relación no fue como casarnos a los 22 años para tener hijos, teníamos una relación de noviazgo, nos divertíamos y empezamos a hacer cosas, nos juntamos e hicimos nuestra casa y los hijos ahí estaban siempre, a partir de cierto momento si los queríamos, pero antes de eso no los planeamos y*

nunca dijimos a los 30 o 40 años, simplemente un día dijimos vamos a ver cómo nos va y ya”-hombre 7 y *“no me casé con ella por tener hijos con ella sino por estar con ella, si tenemos hijos va a ser porque el matrimonio tuvo la oportunidad de darnos un hijo entonces en eso estamos”*-hombre 4. Entonces, no fue algo que se vieran en la necesidad de organizar para que sucediera: *“nunca planeamos el tema de tener bebés pero bueno talvez aunque lo hubiéramos planeado bien no hubiera funcionado verdad (...) tampoco fue como un tema estresante, como un tema necesario de ya se nos viene, tenemos que hacerlo, entonces como que nunca tampoco lo planificamos”*- hombre 7, todo esto previo al matrimonio pero ya una vez adquirida cierta estabilidad tanto económica como de pareja el deseo de tener hijos se hacía más factible: *“lo detona obviamente la edad y lo que dijo mi esposa de sus amigas, de los bebés, de mi parte también la estabilidad económica, el ya tener una casa, el ya tener un trabajo muy estable”*-hombre 7, apoyándolo en esta idea: *“yo tenía un buen trabajo estable, en ese sentido estábamos tranquilos, aunque era un factor importante no era determinante”*- hombre 3.

Por su parte en cambio, otro caso que tuvo más altibajos en esta decisión fue el caso 6, en donde la mujer entrevistada comentó sobre su esposo: *“en algún momento él me ha dicho que no quiere, después de la fertilidad, cuando él creía que todo iba a salir normal, fácil y como todo el mundo (...) todo ha venido porque se ha complicado, porque ha sido difícil y porque va a ser difícil, ahí es donde ha venido el cambio y ahí es donde dijo -yo creo que talvez no quiero-, pero yo creo que es más por miedo que por otra cosa”*-mujer 6. Aspectos que pudieron entenderse en contexto, al aproximarse a los factores que podrían influir en este hombre para que no estuviera tan seguro de mantener su decisión como sus características de

personalidad en donde la inseguridad, la falta de empoderamiento y la información a continuación, predominaban.

Otro factor que medió las expectativas de paternidad en algunos de los hombres entrevistados, fueron las experiencias previas de parentaje, en donde sobresalió la relación con los sobrinos. Este eje, se diferencia de la influencia de los sobrinos que se explica en el eje de designación externa del rol de la paternidad, porque en ese eje se analiza como una influencia social, pero en este caso como un convencimiento propio de los casos en cuestión, al aceptar que determinada experiencia previa, sí marcó en ellos una pauta consentida de cuasi-parentaje con algún familiar, tal como se evidencia: *“él tomó un rol de papá con esa chiquita (...) la llevábamos a la fiesta del trabajo de él, todo el mundo creía que era de nosotros... yo sé qué es verlo en el piso tirado jugando tuquitos, no llegaba a marcar conmigo llegaba a jugar con ella...todo eso yo lo vi entonces yo decía no puede ser que este hombre no quiera ser papá”*-mujer 6 en referencia a su esposo no entrevistado, y *“con el hermano de ella nos gustaba hacer el papel de papás jóvenes y qué bonito ser papá joven y llegar a tener 20 años y el papá de 40 años con el que uno puede ir a mejenguear”*-hombre 7, en este caso este hombre reconoce que con su cuñado sí sintió en algún momento esa afinidad para asumir el rol de padre, más no con su sobrino tal como se exploró en líneas anteriores. La diferencia de ambas posturas podría radicar en la distancia de los tiempos en que experimentó cada evento y la condición real de tener que asumir, estando más grande, responsabilidades económicas y afectivas con su sobrino, que no debía asumir con su cuñado cuando era un bebé.

➤ *Población Mujer:*

Así como se evidenció en la población masculina, las expectativas de las mujeres respecto a su maternidad, se vieron también mediadas por las motivaciones y/o metas previas que tenían respecto a si les interesaba o no desde antes la idea de procrear: *“siempre tuve muy claro que siempre fue muy importante para mi ser mamá (...) los dos habíamos hablado como desde los dos meses de novios sobre tener hijos y los dos teníamos muy claro que si nos hubiéramos dado cuenta en la relación que una de las dos partes no quiere tener hijos, también nos dijimos que no hubiéramos continuado”*-mujer 1, de forma similar: *“sí queríamos ser papás, sí queríamos tener una familia en común y yo creo que eso es esencial hablarlo del principio del noviazgo porque si él hubiera querido tener hijos y yo no, el matrimonio hubiera ido al fracaso (...) no podría decirles que fue en algún momento una situación específica simplemente se fue dando ese anhelo en mi corazón. Y no podría decirles cuándo ni qué pasó para que yo decidiera que sí, simplemente se fue dando”* -mujer 3.

Pero esa idea previa de querer ser madres se vio siempre sustentada en otra, la idea de que la capacidad de procreación todas las mujeres la tienen, que se refuerza socialmente de forma constante, como se ha mencionado a lo largo de este trabajo. Como bien lo distingue Saletti (2008) *“la mujer ha sido presentada por los discursos dominantes como un ser unidimensional que sólo puede ser madre. La capacidad de dar a luz es algo biológico; la necesidad de convertirlo en un papel primordial para la mujer es cultural”* (p. 175) y al respecto algunas mujeres de esta investigación destacaron: *“mi infancia fue muy machista o feminista o no sé cómo decirlo, pero a uno le dan los platitos para que cocine, y le dan la muñeca y el chupón para que chinee a la muñeca, entonces a uno lo enseñan a que cuando uno sea grande uno tiene que aprender a cocinar, entonces tiene que jugar cocinita y va a*

ser mamá entonces tiene que aprender a cuidar al bebé”-mujer 5, también: “no sé si a uno lo educan así o qué, pero igual a uno desde pequeño que juega con muñecas, que juega casita, bueno yo siempre tuve, tuve varias muñecas, pero tuve uno que era como un Paco le llamaban en aquel entonces, y peloncito y el chupón y a uno siempre le compraban esas cosas, el cochecito del muñequito, que el jueguito de té, que la comida, entonces uno siempre tiene eso. Yo desde niña siempre jugué con esas cosas, siempre me encantaba y cambiar pañales y esas cosas” -mujer 4. Estos antecedentes en la crianza, son las razones previas que tiene la sociedad para depositar en la mujer la demanda de la maternidad: “uno siempre piensa que tiene relaciones y va a quedar embarazada y de repente pasa de que no es tan fácil, y uno dice qué frustrante, no es tan fácil, hay personas que sí lo hacen, que les pasa como nada, entonces yo siento que no es lo mismo, mientras hay una personas que dicen talvez pueda tener hijos pero no lo van a intentar porque no quieren y se sienten tranquilas, se sienten relajadas con la decisión que toman. Uno como quiere todo lo contrario se siente frustrado, vive estresada de que por qué si yo estoy tomando la decisión contraria de sí quiero y desgraciadamente no puedo, entonces yo siento que esa es la parte más frustrante y agotadora”-mujer 4, también: “yo siempre asumí que yo iba a ser mamá, tan es así que siempre planifiqué y nunca dudé que no podía llegarlo a ser”-mujer 7.

Sobre esto, se desea analizar que aun cuando la maternidad puede convertirse en una elección, dada la regulación de la fertilidad a través del uso de métodos anticonceptivos (Oiberman, 2004), esta se presupone y es así como estas mujeres entrevistadas, de forma similar a la norma de otras mujeres en el mundo, asumieron que podían controlar la fecundidad ingiriendo pastillas o usando algún otro método anticonceptivo, desde antes de empezar a tener una vida sexual activa por lo que también consideraron que podrían

promover la fecundidad solamente dejando de consumirlos o utilizarlos. Y justamente por ese deseo frustrado de querer y no poder, a diferencia de otras mujeres que pueden pero no quieren, se intensificó en las mujeres entrevistadas al igual que en los hombres, la curiosidad o el anhelo de sentirse representadas, de trascender, de dejar huella, siendo que sus expectativas para el futuro se vieron temporalmente frustradas para algunas una vez recibido el diagnóstico: *“me cuestiono qué va a ser de mi cuando yo sea viejita, si he pensado quién me va a cuidar y si he pensado qué va a pasar con las cosas materiales cuando nos muramos”*-mujer 5, o de forma similar: *“recién pasado el diagnóstico yo pensaba mucho en mi vejez, en qué iba a ser mi vejez, no del punto de vista que un hijo me cuide porque eso no es lo que me preocupa, sino en la soledad de la vejez, del acompañamiento, en el acompañamiento de la navidad, del día de la madre, del día del padre, de las fiestas, de los cumpleaños, del ver crecer una familia a tu alrededor”*-mujer 6.

De acuerdo con Muñoz, Forns, Kirchner, Peñarrubia y Balasch (2012) la noticia de la infertilidad, la duración del o los tratamientos, los intentos de embarazo fallidos, la edad de la mujer y el uso de técnicas invasivas tiene un impacto psicológico que puede traducirse en presencia de trastornos del estado de ánimo, impacto en el autoconcepto, el sentimiento de pérdida de control sobre el cuerpo y de la situación, el sentimiento de amenaza del futuro de la pareja. Asimismo, la presencia de temor al no poder asegurar la continuidad de la familia, aspecto que con gran detalle argumentan las mujeres bajo la demanda del cuidado, acompañamiento y herencia. Este aspecto en particular, fue más sobresaliente en el discurso de los hombres, lo cual es congruente con lo que plantea la teoría de cómo socialmente se les ha enseñado a los hombres que una de sus mayores tareas en la vida, es asegurar su trascendencia, lo cual es entendido como uno de los roles principales del hombre, idea que

es reforzada por Muñoz, Kirchner, Forns, Peñarrubia y Balasch (2009) al destacar de forma diferenciada que ante la infertilidad, lo que se vuelve inminente “para las mujeres es el deseo de tener hijos, mientras que para los hombres lo es la obligación de cumplir con el rol de hombre, la presión social de iniciar una familia y sostener su matrimonio” (p.100). Para las mujeres entrevistadas el énfasis se mantuvo en su deseo frustrado de ser madres, tal como lo respalda la teoría de acuerdo con investigaciones.

Aun, cuando en los planes de vida de todas estuvo el interés de tener hijos, lo hayan visualizado a edades tempranas o no, reconocieron que ese interés se vio potenciado una vez su relación estuviera más estable y hubieran podido satisfacer ciertos intereses o necesidades personales antes, entre esas la estabilidad económica posible a través de un trabajo, por el cual todas las mujeres de esta investigación lucharon mucho por alcanzar al haber finalizado sus estudios. Cabe destacar que según Fuller (2001) la interrelación entre las significaciones que la mujer atribuya a la maternidad y al trabajo remunerado da lugar a diferentes posiciones y estilos de combinar ambas dimensiones. Por una parte, para quienes ya concretaron la meta de ser madres: algunas privilegiarán el cuidado de sus hijos y renunciarán a trabajar; otras trabajarán siempre y cuando esto no imposibilite cumplir con su papel de madres; otras considerarán el trabajo como medio de mantener el estatus social y combinarán la maternidad con las exigencias del trabajo; otras tendrán que trabajar porque su economía no les permite otra opción, dedicando menor tiempo al cuidado de sus hijos, entre otros.

Asimismo, para quienes no son aun madres pero quieren llegar a serlo: el proceso no es uniforme ya que intervienen no solo las distintas formas de significar la maternidad y el trabajo, sino también las diferencias en el nivel de ingreso, educación, participación política, relaciones familiares y de pareja y de opciones personales que tenga esa persona. En este

caso, con énfasis en la etapa de preparación previa a la llegada de los deseados hijos, las mujeres participantes evidenciaron el mismo patrón que también se vio en los hombres y que responde a las demandas sociales contemporáneas en donde la mujer quiere sentirse realizada en diferentes ámbitos sin que estos sean estrictamente excluyentes entre sí: *“después de haber cumplido algunas metas profesionales y también de pareja verdad, pues nos damos a la tarea de querer tener bebés”* -mujer 2, o también: *“el hecho de tener casa propia eso sí fue un punto importante para nosotros porque hicimos una casa con tres cuartos que habíamos pensado en llenarla, entonces si nunca hubiéramos querido tener hijos, la hubiéramos hecho más lujosa, no con tantos cuartos”*-mujer 3, de igual manera: *“sí, sí lo hablamos pero teníamos muy claro los dos que hasta que fuéramos estables económicamente (...) yo no quise traer un hijo al mundo hasta ya haber completado un montón de metas, o sea tampoco es que a los 23 años yo soñaba con verme una panza, o a los 28 o a los 30 o a los 31, no no a mí el chorro este me agarró como a los 34 años, verdad cuando yo dije ya soy profesional, soy estable, ya esto, ya esto y bla bla verdad”*-mujer 6, así como: *“planificamos mucho otras cosas, bueno yo por ejemplo mi carrera y yo decía sí quiero hacer mi maestría entonces hice mi maestría, justo después de la maestría me salió una oportunidad en una empresa multinacional y se fueron dando las cosas y yo ahí decía hummm no me tomé la pastilla y juepucha tengo que tomármela porque este no es el momento, pero yo sí tenía la esperanza de que iba a llegar el momento, ¿cuándo? no sé, nunca lo planificamos”*-mujer 7.

Otro factor que medió las expectativas de maternidad en dos de las mujeres entrevistadas, fueron las experiencias previas de parentaje, tal como sucedió con los hombres: *“el tema de la maternidad le soy totalmente honesta, la maternidad nunca estuvo dentro de mis planes,*

de hecho desde que yo me casé siempre dije yo no quiero tener hijos, no sé si fue por el hecho de haber criado a mi hermano yo creo que de ahí venía, yo decía que era un trauma, por el hecho de haber criado a mi hermano” -mujer 2. Este caso es particular, ya que si bien ella reconoce ese antecedente de relevancia para no estar convencida de querer tener hijos, una vez que ve estable su relación de pareja decide lo contrario dadas las expectativas de su esposo de querer ser padre, pero como ya se analizó esto no fue posible. También: “a pesar de que como les conté nos tocó lidiar con mis hermanos menores y todo a mí eso no se me quitó, las ganas no se me quitaron”-mujer 4, en referencia a su deseo de ser madre posteriormente. Asimismo: “mi mamá se volvió a casar entonces tengo un hermanito de veinte años, disfrutamos mucho a mi hermano, bueno cuando mi esposo y yo empezamos a andar y todo, mi hermano era un bebito entonces siempre fue vacilón porque como mami trabajaba mucho y toda la cosa, entonces nosotros éramos los que andábamos jalando a mi hermano, entonces lo disfrutamos casi como un hijo, porque di imagínate tanta diferencia, veinte años, di pudo haber sido hijo de nosotros, lo andábamos para arriba y para abajo entonces fue como vacilón porque de cierta forma yo sentía que ese rol materno de cierta forma lo tuve”-mujer 7, en este caso sus experiencias previas también aumentaron el deseo de querer llegar a ser madre posteriormente. Lo mismo sucedió con el deseo de dar la posibilidad a esos familiares pequeños de estar acompañados: “ese marzo que cumplí treinta y tres años dejé las pastillas y no dije nada y él como en mayo me dijo -mi amor por qué no tenemos un sobrinito para que mi sobrina tenga con quien jugar- y yo le dije -yo dejé las pastillas desde marzo- y ya eso ha sido una reclamada porque yo no le pedí su opinión, no creí que debía hacerlo, no lo pensé, fue algo que siempre soñé con la idea que fuera una sorpresa, que fuera algo inesperado, o sea parte de la fantasía era esa , pero era mi fantasía llegar y decirle -¡ayyy vas a ser papá!-”-mujer 6.

Tal como indica Moreno-Rosset (2009) “el tiempo es un factor estresante ya que a medida que aumenta, aumenta la edad de la mujer, disminuye la fecundidad y aumenta la impaciencia, la ansiedad y la frustración e impotencia” (p.29). Lo anterior cobra relevancia, en tanto la edad fue uno de los aspectos importantes que mediaron la decisión de las mujeres entrevistadas sobre querer ejercer su maternidad: *“nosotros decidimos ir por una cuestión de edad, que ya iba a cumplir, me estaba acercando los treinta, ya hemos viajado, ya tenemos todos los chunches que hemos querido comprar en la casa. Entonces ya es hora de tener un hijo, entonces fue cuando nos dieron el diagnóstico de que no podíamos tener hijos”* -mujer 2, también se observa en *“yo siento como que se me acaba el tiempo entonces mi reloj va en contra, se me acaba el tiempo para ser mamá”* -mujer 4, también: *“a raíz del cumplimiento de mi edad cuando yo tenía treinta y tres años y mi cuñada estaba embarazada me ilusionó mucho ver toda la ilusión con la que traían a mi sobrina y yo dije yo creo que es el momento”* -mujer 6, así como: *“la edad le empieza a pegar a uno y ya este año cumplo cuarenta y ya yo me estoy asumiendo que soy una cuarentona. Le digo yo a mi esposo, bueno yo creo que los 40 me han pegado, además te ponen como mujer, te ponen, todas estas cosas, el reloj biológico”* -mujer 7.

A modo de análisis, de acuerdo a los resultados encontrados, las investigadoras concluyen que la edad, fue una variable que puso en riesgo importante la posibilidad de logro del objetivo de la mayoría de los planes de vida de las entrevistadas, en los cuales la consecución de la maternidad era considerado fundamental de forma consecuente con lo que plantea Llavona (2008) en sus investigaciones.

Categoría C: Motivaciones para realizarse el tratamiento

Destacaron en las y los entrevistados las motivaciones para realizarse el tratamiento, correspondientes a la tercera categoría teórica, las cuales serán entendidas como las razones o necesidades que incentivaron a tomar la decisión de realizarse el tratamiento a pesar de los gastos económicos, tiempo, desgaste físico y emocional experimentados.

➤ *Población Hombre:*

En el caso de los hombres, fue curioso que aquellos que tuvieron que hacerse alguna intervención no explicaron por qué habían tomado la decisión de hacerlo entendiendo que es algo que debía suceder sin cuestionamiento alguno, para lograr alcanzar su objetivo o estar más cerca de hacerlo. Sin embargo, el hombre 5, cuyo diagnóstico de infertilidad lo tenía su pareja, sí fue el que expresó sentir presión al analizar que él nunca se había realizado una prueba para saber si también era infértil: *“ella se hizo exámenes para saber si ella era fértil o no, pero yo no, yo no sé si yo al hacerme los exámenes y la respuesta sea que no sea fértil yo, o sea no sé si yo estaré capacitado para asimilar eso”*-hombre 5. De acuerdo con Carreño y Morales (2016) sigue siendo difícil, ver como natural el tema de la infertilidad y se sigue concibiendo de manera más extraña si esta es de origen masculino, “para ellos es preferible que la mujer viva con la presión y la responsabilidad de no tener un embarazo” (p.83) tal como el mismo caso lo reporta: *“entonces di ante la sociedad si la pareja nosotros no podemos tener hijos es por ella y ella lo sabe, pero si fuera al contrario digamos que ella no sabe y ya yo me hice los exámenes como hombre que quiere tener hijos, creo que sería un golpe muy muy duro para mi verdad, que ella pueda y yo no, yo eso sí no lo podría asimilar y manejarlo públicamente eso sería más, entonces pienso que ahorita como ella sabe el caso*

de ella y toda la familia sabe de ella y todo el mundo sabe, creo que no es una mala opción hacerme yo unos exámenes para saber, partiendo del hecho de que ya toda la familia sabe”

-hombre 5, y esto es un ejemplo más de cómo aun a nivel social “se mantiene la concepción de que la mujer tiene que sacrificarse continuamente por el deber de cuidar y proteger a los otros; entonces, aceptar la carga es sumar a la lista de todas las responsabilidades que culturalmente se le han asignado a lo largo de la historia de la división social de los géneros” (p.83). Estas condiciones evidentes en la mujer fueron las que generaron que este hombre no se interesara en hacerse sus revisiones médicas personales, así como tampoco sentir la necesidad de realizarse en pareja algún tratamiento.

➤ *Población Mujer:*

Tal como ha quedado claro en líneas atrás, la mayoría de las mujeres demostraron estar convencidas desde siempre con la idea de tener un hijo, lo cual hizo que para quienes así lo consideraron, no fuera cuestionable tomar la decisión de realizarse un tratamiento, ya que querían lograr su objetivo de cualquier manera. Sin embargo, entre los aspectos que destacaron como importantes en ellas para tomar esta decisión, sobresalió su afán de no sólo tener un hijo, sino lograr hacerlo con su actual pareja, a quienes consideraban como la persona indicada para asumir con ellas este rol de tanta responsabilidad: *“si quiero un hijo lo quiero con él (...) un hijo con otra persona no (...) no es tener un hijo a toda costa es tener un hijo con él”*-mujer 4. Una vez clara esta decisión y recibido el diagnóstico, fue que acudieron a especialistas para informarse de las opciones de RMA que tenían, para iniciar el tratamiento lo antes posible, sucediendo que aún bajo los riesgos que una técnica de este tipo puede inducir, estuvieron dispuestas a afrontarlos con tal de lograr su deseo: *“talvez lo que nos asustaba al principio era el embarazo múltiple, pero después ya no, diay que sea lo que*

sea” -mujer 4, tal como la participante lo recalca, según Moreno y Roca (2012) los tratamientos de reproducción asistida pueden hacer posible que las personas que se someten a los mismos, muchas veces deban enfrentarse a la probabilidad de un embarazo gemelar o múltiple, ya que según Roa (2007) esa probabilidad es mayor que en los embarazos normales, esto “implica no sólo una mayor exigencia psicológica de parte de los padres, un mayor riesgo de complicaciones obstétricas para la madre y una alta morbi-mortalidad neo y perinatal, sino también un mayor costo económico” (p.75). Al respecto valga destacar que según lo señalado por esta y otras mujeres participantes del estudio, a pesar de admitir haber sido informadas de las implicaciones que puede tener un embarazo de este tipo en tanto secuelas físicas, ellas aceptaban con tal de conseguir la meta deseada.

Solo una de las mujeres, la que decidió no realizarse ningún tratamiento, comentó sentir bastante temor al contemplar la idea de practicarse los procedimientos de RMA: *“donde yo me pongo a cuestionar lo que les comentaba ahora, talvez y ya yo hago la inseminación, que me nazca y todo eso, pero me da un temor, no puedo saber si lo voy a amar o no, entonces mejor no voy a arriesgar porque uno ve tantas cosas en las noticias y tanto todo, yo me conozco muy bien”*-mujer 5. Sobre este caso, dado el análisis que realizaron las investigadoras al observar de su pareja una resistencia más evidente que la de ella ante la idea de los hijos, se le cuestionó que si su esposo tuviera otra posición a la actual, es decir si aceptara la idea de tener hijos, si ella consideraría realizarse un procedimiento de RMA, y no dudó en responder que sí, sin embargo continuó defendiendo su punto inicial reconociendo que: *“yo me casé con mi esposo por amor y tal vez si yo hubiera tenido un hijo y no me caso con él, voy a Panamá y me hago la fecundación y ya yo tendría un hijo, pero tendría ese vacío de no tener un hombre, porque hay madres solteras que tienen ese vacío de que les*

falta un papá para sus hijos o un esposo, yo el vacío que tengo es el del hijo porque el esposo ahí está, y siento que es más valioso tener un esposo que tener un hijo”-mujer 5. Tal como lo reconocen Chatziandreou, Madianos y Farsaliotis (2003) “muchas mujeres infértiles se sienten vacías e incompletas. Este sentimiento de pérdida del control sobre sus funciones corporales es extremadamente estresante” (p. 214), y en este caso ella lo aclaró al saber cómo ante su imposibilidad biológica para concebir ya confirmada, además de la decisión de no someterse a ningún tratamiento, sentía ese vacío de un hijo o hija en su vida, situación que afrontaba al menos, teniendo una pareja.

Superfamilia 2: Interpretaciones

El apartado de las interpretaciones consiste en el sistema de creencias y las consecuentes valoraciones subjetivas que determinaron la manera en que cada sujeto entrevistado percibió la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad propio o de su pareja, con base en la influencia de los estímulos ambientales externos descritos en los antecedentes. De acuerdo con esta premisa, este apartado será explicado mediante cinco familias teóricas las cuales pretenden revelar la forma en que los sujetos de esta investigación interpretaron sus experiencias relacionadas a la infertilidad: 1) Percepciones sobre la condición de infertilidad que a su vez se conforma de cuatro categorías, 2) Redes de apoyo conformado por cuatro categorías, 3) Duelo, conformado por tres categorías, 4) Estrategias de afrontamiento conformado por nueve categorías y 5) Reflexiones de la experiencia conformada por tres categorías.

❖ Familia 1: Percepciones de la condición de infertilidad

De acuerdo con Sarkar y Gupta (2016) de 8 a 12% de personas en el mundo tienen infertilidad siendo tres veces más alta en países en vías de desarrollo que en países desarrollados. Estos autores reportan que en un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud casi doscientos millones de mujeres casadas en edad reproductiva han sido diagnosticadas con infertilidad primaria o secundaria en el mundo desarrollado en los últimos diez años, así como una de cada seis parejas en edad reproductiva (Izzedín-Bouquet, 2011). Tal como se explicó en la Introducción, hay dos tipos de infertilidad: primaria y secundaria. La primaria refiere a parejas que nunca han tenido la posibilidad de concebir y la secundaria es el fallo en lograr la concepción después de un embarazo previo. Los factores asociados a infertilidad pueden

ser genéticos, ambientales, infecciosos o por alguna enfermedad y en el caso de parejas la incidencia de infertilidad suele estar vinculada con el estilo de vida, el estrés, por obesidad o por retrasar el tiempo para querer ser padres y madres (Sarkar y Gupta, 2016).

Tal como se mencionó anteriormente “la infertilidad es una enfermedad crónica que va en aumento y que produce un impacto emocional en las personas que la padecen” (Moreno-Rosset, 2009, p.9), por lo que es considerada un problema de salud o enfermedad al volverse como cualquier otra condición crónica de salud, un estresor extendido en el tiempo, que impacta de manera negativa el entorno biológico, psicológico y social de los individuos que la padecen ya que les limita cumplir, de manera natural, un deseo personal, de pareja, de familia y social (Moreno-Rosset, 2009; Latifnejad Roudsari, Allan y Smith, 2014; Aflakseir y Mahdiyar, 2016). Asimismo, se considera un problema de salud pública importante que tiene graves consecuencias sociales, entre esas el no aseguramiento de los derechos de las personas al no tener la posibilidad muchas veces de brindarles los debidos tratamientos, ya que el acceso a los tratamientos de alta tecnología se encuentra la mayoría de veces en el sector privado, generando esto una exclusión de quienes no pueden costearlo (Sarkar y Gupta, 2016).

Asimismo, “la capacidad de procrear se presupone” (Llavona, 2008, p. 160), por ende enterarse que naturalmente el hombre o la mujer no pueden cumplir con esa función genera un impacto en su salud física y emocional que, dependiendo de los recursos personales y/o de pareja con los que se cuenten, la condición será enfrentada con mejores o peores estrategias tanto cognitivas, emocionales y conductuales. Esas estrategias serán puestas en práctica en las distintas fases por las que pasa una persona y/o pareja al ser diagnosticada con

infertilidad, empezando por el diagnóstico, dando paso al tratamiento y en algunos casos según el resultado de ese tratamiento dando paso a la experiencia del embarazo.

Para comprender mejor lo que significa la percepción del diagnóstico, fue necesario conocer cómo es que los sujetos de investigación vivían el ir a la primera cita en un centro de fertilidad asistida. De acuerdo con Moreno-Rosset (2009) “la primera visita a la Unidad de Reproducción significa un momento crucial y de nerviosismo para las parejas que han estado durante, al menos un año, intentando conseguir el embarazo de forma natural” (p.27). Por lo de forma general, la visita “suele ser emotiva, la pareja está expectante por saber, por conocer, por averiguar, por solucionar, por conseguir el hijo deseado” (p.37). Cuando se les da el diagnóstico de infertilidad “una reacción bastante común en las parejas es la negación: «no es posible que esto nos pase a nosotros». Algunas buscan segundas opiniones, ya que se resisten a aceptar como definitivo el diagnóstico de infertilidad” (Moreno-Rosset, 2009b, p. 47). Si bien la descripción anterior fue común en todos los sujetos entrevistados, la percepción del diagnóstico fue modificándose posteriormente en cada caso dadas las particularidades de la propia condición.

Respecto a la percepción del tratamiento, Moreno-Rosset (2009) aporta que “durante las distintas fases del tratamiento de TRA se produce una montaña rusa de emociones. Al principio durante la estimulación ovárica se siente esperanza, optimismo e ilusión. En la fase de aplicación de la TRA la esperanza e ilusión aumentan, si bien puede aparecer incertidumbre, inquietud y miedo a lo desconocido cuando se trata del primer tratamiento, en la repetición de tratamientos suele haber una mejor acomodación emocional al tener conocimiento del proceso” (p.37), una vez realizado el tratamiento sigue la fase de espera de resultados, en la cual “se mantienen la ilusión y la esperanza, pero también aparecen la

impaciencia, los temores y las conductas obsesivas de autoobservación de cualquier signo que pueda indicar o no un posible embarazo” (p.38).

Giménez (2012) destaca “una carrera de obstáculos que hay que saltar para conseguir la meta deseada: el hijo. Y si no se llega a la meta se vuelve a empezar, procurando llegar un poco más allá que la vez anterior, compitiendo con uno mismo: más ovocitos, más embriones” (p. 5). La primera meta deseada es el embarazo y la siguiente es dar a término al mismo; el embarazo es un periodo crítico en la vida de la mujer que conlleva experimentar cambios relevantes en la propia identidad, en la organización de la vida familiar, de las responsabilidades laborales y requiere que se vayan desarrollando adaptaciones importantes en los planos físico, psicológico y social. Sin embargo, “sería difícil comprender la presencia de trastornos emocionales, tanto en el embarazo como tras el nacimiento de un hijo, sin tener en cuenta el complejo proceso, no sólo biológico, sino psicológico y sociocultural, que tales hechos suponen en la vida de la gestante y también de su pareja (Moreno y Roca, 2012, p.19). De acuerdo con Riquelme (2006) para que ocurra un embarazo deben darse las siguientes tres condiciones básicas: la disponibilidad de óvulos, las condiciones adecuadas para que ocurra la fecundación y que se anide en el útero fecundado. Las causas de no lograr un embarazo pueden ser variadas y de índole externas, congénitas y genéticas asociadas a malformaciones del aparato genital u órganos reproductores, otras causas relevantes podrían ser las tumoraciones y desarrollo de neoplásicas en el útero, trompas u ovarios; infecciones y lesiones en las trompas, déficit o ausencia de la ovulación, alteración del moco cervical, de funciones endocrinas, entre otras.

Respecto a la percepción del embarazo, de acuerdo con los aportes de Canaval, Jaramillo, Rosero y Valencia (2007), “el embarazo produce una importante reordenación de las

funciones básicas y de las relaciones en el centro de la familia; el cambio de función requiere modificar la imagen que se tiene de sí mismo, alterar las actividades rutinarias, aprender nuevas aptitudes y ordenar de nuevo las relaciones con otras personas. La manera como se afrontan estos cambios permitirá a la mujer, a su pareja y a su familia vivir una identidad integradora fluida” (p. 21).

En este proceso es común que el sujeto experimente cambios intensos en su mundo externo e interno, cuyas repercusiones son principalmente en la salud, ya sea en el caso propiamente de la mujer o madre, de su pareja y de su familia. Según la forma en que estos cambios se asuman, se define si la transición se va a experimentar de manera saludable o no, viéndose implicados mecanismos de adaptación en los que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, necesarios de desarrollar y poner en práctica para afrontar el proceso (Canaval et. al, 2007).

Finalmente, es importante aclarar que para efectos de este trabajo, se partió de la idea de que el proceso de embarazo y el post parto como productos, son considerados como parte del proceso completo que abarca un tratamiento de infertilidad, ya que siendo el embarazo y el nacimiento de los hijos la meta principal de este tipo de tratamientos sería paradójico excluirlos, argumentando que el tratamiento termina cuando se logra un embarazo. Este análisis tiene su asidero a partir de los resultados de esta investigación y algunas de las conclusiones a las que los teóricos como Palomba, Santagni, Gibbins, Battista y Silver (2016) han reportado, respecto a que los embarazos a partir de un diagnóstico de infertilidad, independientemente del tratamiento, se asocian con un riesgo elevado de resultados adversos en el curso gestacional, lo que a su vez se ve sumado a los antecedentes biopsicosociales de esta población y a los complejos procesos adaptativos y de duelo que frecuentemente se

experimentan durante el periodo de tratamiento previo. Por lo tanto, en esta investigación se sostuvo que los embarazos y potencialmente el post parto producto de procedimientos de RMA, tienen características específicas que los hacen particularmente diferentes de las experiencias gestacionales sin asistencia médica.

Dadas las caracterizaciones anteriores, surge la primera familia teórica, la cual corresponde a las percepciones de la condición de infertilidad las cuales serán entendidas en esta investigación como el conjunto de cogniciones y emociones asociadas a la comprensión positiva o negativa de la experiencia de vivir un proceso de diagnóstico y tratamiento por infertilidad.

Categoría A: Percepción del diagnóstico

La primera categoría teórica corresponde a la percepción del diagnóstico, entendida como el conjunto de cogniciones y emociones asociadas a la comprensión positiva o negativa de la experiencia de recibir un diagnóstico de infertilidad.

➤ Población Hombre:

En el caso de los hombres, cabe destacar que algunos de ellos mencionaron que el diagnóstico de la infertilidad no fue un tema que les tomara tan de sorpresa, ya que por diferentes señales sabían desde antes que algo no resultaba tal como se esperaba en su salud reproductiva: *“empezaron las sospechas de que teníamos un problema de fertilidad, entonces buscamos un especialista en fertilidad, por las recomendaciones y del sentimiento de uno que hay un problema verdad, porque después de uno, dos o tres años, no sé cuánto tiempo fue, ya uno sospecha”*-hombre 7, en este caso el hombre refiere a síntomas asociados a su esposa

que no lograba quedar embarazada. Esas sospechas, llevaron a algunos a actuar por su propia cuenta: *“yo me fui a hacer sin que ella supiera un conteo de espermatozoides y salí bien y yo dije -aquí hay algo raro, hay algo raro con ella-, no raro en ese sentido, sino algo que no está permitiendo que ella quede embarazada. Entonces yo dije -vamos a buscar un especialista-”* -hombre 1.

Este otro caso, reconoció más bien desde su experiencia un poco de incertidumbre ante la noticia de que hay algo que debe atenderse: *“primero no sabía qué significaba, empezando porque todo está en función de lograr un objetivo, entonces si te dicen algo está malo entonces mi primera reacción es hay que arreglarlo, de parte mía tengo que arreglarlo para yo estar bien y hay que hacerlo porque es cosa de dos, de mi parte tengo que estar bien, por dicha le dicen a uno se arregla así, mientras a uno le digan que se puede arreglar”* -hombre 4.

Y al contrario, otro que sintió alivio respecto a la propia condición dado lo favorable de sus exámenes, pero incertidumbre ante la confirmación de que a su pareja es a quien se iba a realizar la intervención: *“mi espermograma resultó ser muy positivo. El doctor nos decía algo así -el 60% en el caso de mujeres y 40% son los hombres, en el caso suyo usted ha aportado un buen esperma, por eso vamos a concentrarnos en su esposa-”* -hombre 3. Y quien ya sabía del diagnóstico de su pareja pero no del propio manifestó: *“es como pegarse la rifa doble, pienso que sería más, si ahorita es duro asimilarlo sabiendo la otra posición también sería más más duro pienso yo... siento que ahorita, como estamos ahorita tengo cierto relax por así decirlo porque ya ella se hizo los exámenes y ella sabe la situación de ella”* -hombre 5. Un aspecto común a las circunstancias anteriores, es la incertidumbre que genera el no saber en dónde radica el problema y la espera del diagnóstico al reconocer que

hay algo que no está bien ya sea propio o en la pareja. Los hombres evidenciaron tener percepciones tanto positivas como negativas de la experiencia del diagnóstico.

Los hombres entrevistados dejaron claro que son muchas emociones experimentadas cuando van por primera vez a un centro de fertilidad asistida. Ellos reconocieron que se espera una respuesta: *“uno espera que le digan qué tiene malo, le pasa a uno por la mente de todo y más que está primero la cita con la psicóloga y hasta después ya viene el doctor. El doctor nos dejó muy claro que eran pasos”* -hombre 1. Otros reconocían que muchas veces esa respuesta que buscaban no era necesariamente lo que esperaban: *“fue como pegar contra una pared a 100 km/h en todo”* -hombre 3, también se evidenció en ellos el querer que fuera un proceso rápido, de hecho todos reconocieron no esperar que fueran tantos meses en consulta, poniendo a prueba la paciencia personal y de la misma pareja: *“uno quiere que le den la pastilla mágica, ese lugar está para eso, para darle la pastilla mágica a uno, pero también diay uno sabe que tampoco va a ser como que ya solo vine a esto y todo, uno quiere, uno lo desea, uno lo espera”* -hombre 4. De igual manera, esto evidencia la falsa esperanza que se genera en parejas con diagnóstico de infertilidad, al pretender conseguir su objetivo a cualquier costa y en un tiempo realmente corto, sin contemplar que cada intervención necesita de varias semanas para concretarse estando en función del ciclo ovulatorio de la mujer.

Respecto a la vinculación con el profesional, unos mencionaron sentir tranquilidad con lo que el médico les decía por percibir de su parte mucho profesionalismo: *“cuando llegamos donde el doctor, como le digo, ese señor sabe de todo, en esos términos es impresionante el conocimiento que tiene”*-hombre 4. Otros se asombraron más bien por la reacción tan contundente del médico: *“recuerdo que llevábamos un espermograma y todas nuestras*

pruebas caseras de ovulación y ultrasonido y básicamente agarró todo lo tiró a la basura y dijo -aquí empezamos de cero- (...) nosotros nos quedamos con la boca abierta”-hombre 3.

Tal como se expondrá más adelante, la labor de los profesionales involucrados en el área que el individuo necesita ser atendido, es de gran relevancia ya que va a determinar su mucha o poca comodidad a la hora de realizarse los procedimientos y eso tiene efectos en el mismo tratamiento, Izzedín-Bouquet (2011) reconoce además que esa labor para que sea lo más integral posible, debe ser interdisciplinaria y poder así atender a la persona desde todos los planos posibles.

De acuerdo con lo reportado por los hombres, la experiencia fue diversa para todos, con momentos de emociones positivas intensas y otros de emociones negativas intensas. Asimismo, en la medida en que se fueron haciendo más comunes las visitas al centro médico, los recursos personales y de pareja se fueron amoldando de manera distinta a cada cita: *“el último día el doctor nos dijo -bueno es que vamos a entrar en un tratamiento y si llegamos a este punto y los folículos no miden tanto entonces no podemos ir, porque los óvulos no van a servir-, él nunca había sido tan directo como la última vez” -hombre 7,* pero en definitiva la primera visita es y seguirá siendo, para las personas que van a un centro de reproducción asistida, la más esperada pero a la vez la que genera más expectativa, tal como lo reconoce Moreno-Rosset (2009) al destacar que *“la vivencia psicológica de la pareja en esa primera visita será distinta en función de que sea la primera vez que acuden a una Unidad de Reproducción o, por el contrario, hayan ido previamente a otra u otras. Las expectativas serán mayores en una primera consulta, así como la inquietud por conocer el origen del problema”* (p.29).

Por otra parte, la percepción del diagnóstico, llevó a los hombres entrevistados, a hablar por cuenta propia del tema de la responsabilidad compartida de lo que implica o podría implicar ser padres. En el caso de quienes ya eran padres, ambos mantuvieron la misma actitud en lo que respecta al diagnóstico: *“yo nunca llegué y le dije a ella es responsabilidad tuya esto, verdad yo nunca llegué y te dije esto es culpa tuya, nunca, yo también traté de asumir esa responsabilidad (...) yo siempre sentí que no era un problema de ella, que era un problema de ambos (...) nosotros vimos la infertilidad como de pareja, ella se echó muchísimo de ese saco a ella sola y se lo trató de echar en los hombros y yo trababa constantemente de quitarle el saco de los hombros”* –hombre 3. Incluso, reconociendo parte de la información que sus esposas a veces omitían: *“si ustedes hasta el momento le preguntan a mi esposa, el proceso de infertilidad fue a causa de ella, pero ella omite la parte de que éramos incompatibles, por lo tanto por más fértil que ella hubiera sido, no habiéramos quedado embarazados. En ella sí le llegó mucho la parte de, no producir los óvulos al tamaño adecuado y que vienen inmaduros”*-hombre 1. Y los hombres que aún guardaban la esperanza de llegar a ser padres, manifestaron sentir la misma responsabilidad compartida del diagnóstico: *“obviamente yo no quiero que ella se sienta que es la culpable, porque entonces, le agarran todos esos pensamientos y todas esas cosas que dijo el otro día verdad”*-hombre 7. Pero también del tratamiento: *“a uno no le pueden hacer nada, porque uno si pudiera compartiría un montón de cosas”*-hombre 4.

De manera indiferente de donde se origine el factor de infertilidad, lo cierto es que las parejas entrevistadas asumieron el diagnóstico como si fuera de ambos, esto se relaciona con el significado que estos hombres le dieron a tener una pareja en su vida, reforzándose con este ejemplo la idea de que para ellos es importante estar por y para su pareja, más aun cuando se

trata de un tema de salud tan delicado para ambos. Llavona (2008) lo destaca al indicar que “independientemente de en quién resida la disfuncionalidad orgánica (en uno de los dos o en ambos), la situación de infertilidad se extenderá a la pareja, dando lugar a “parejas infértiles”. Por lo tanto el problema de la infertilidad pasa a sustanciarse como un problema de parejas con incapacidad de procrear, o como “parejas con frustración de un deseo importante o meta de la vida” (p. 159), y esto fue lo que se comprobó con los hombres entrevistados.

➤ *Población Mujer:*

Las reacciones emocionales más frecuentes cuando se le confirma a una persona su diagnóstico de infertilidad son incredulidad, sorpresa, negación, ansiedad, enojo, soledad, culpa y dolor (Riquelme, 2006). Sin embargo, estas reacciones pueden ser distintas dependiendo de las características de la personalidad, de la historia personal, características de la relación de pareja y del particular significado que tiene la infertilidad para cada persona (Domínguez, 2001 citado en Riquelme, 2006). En el caso de las mujeres sujetos de investigación, a diferencia de los hombres, destacaron que el diagnóstico de la infertilidad sí fue un tema que les tomó de sorpresa, ya que a pesar de las diferentes señales previas de que algo no resultaba tal como se esperaba en su salud reproductiva, creyeron que era una condición que se podía resolver rápido y fácil: *“el problema era la cita, cuando me dieron la primera cita a tres meses fue cuando tuve el primer shock, yo decía yo no tengo tres meses. Cuando llegué, según yo quería que simplemente me hicieran un papanicolau y simplemente me dijeran -sí usted tiene esto, vamos a darle esta pastilla y ciao queda embarazada-. Nunca pensé, nunca pensé en hacerme un tratamiento. Yo pensé que iban a mandar pastillas y ya, yo creí que eso era lo mío. Porque uno es talvez ingenua, y yo decía, yo siempre he tenido un ciclo menstrual normal, nunca he tenido quistes, siempre digamos mis citas han sido*

normales con el ginecólogo, entonces fijo debe de ser cualquier tontera”-mujer 1, también se observa en: “interesante que son las cosas que uno aprende en estos procesos que uno cree voy me hago la prueba de sangre y es positiva y ya, estoy embarazada y voy a durar nueve meses, ya feliz de la vida, el siguiente paso es casi que dar a luz verdad y no”-mujer 4, y de igual manera: “yo sí tenía la expectativa de que iba a ser algo rápido, yo siento que en algún momento cuando el doctor dice -pueden seguir con las relaciones sexuales programadas, lo suyo es esto así sencillo y le hacemos una inseminación y ya- yo decía no, yo quiero la inseminación y la quiero ya, yo vine a esto y yo quiero quedar embarazada ya, y si se puede hoy perfecto; y ya uno va con eso y tras de eso se emociona y ve las fotos de los bebés y todo y uno cree que es fácil, uno cree que va a llegar y va a ser fácil, yo sí tenía esa mentalidad”-mujer 7.

Las valoraciones médicas fueron distintas y muy específicas en cada caso, sin embargo, la percepción que tuvieron respecto a la noticia del diagnóstico fue de incredulidad, como una negativa a aceptar que sus posibilidades de ser madres se veían reducidas con esa prescripción médica. Esto generó en ellas la necesidad de acudir a segundas opiniones como una estrategia para descartar “el erróneo diagnóstico” a su parecer: *“dije voy a cambiar, porque puede ser que ese doctor esté equivocado, talvez este otro me va a decir que sí existen pastillas que generen óvulos o que generen la hormona que genera el óvulo. Bueno pues fui donde el doctor y me dijo exactamente lo mismo”-mujer 5, también en: “a raíz de que no quedábamos, yo dejé como de confiar en el doctor (...) y yo decía no, tiene que haber alguien que talvez nos diga otra cosa”-mujer 7.* La necesidad de reconfirmar su diagnóstico tras la negativa al primero recibido, fue un hecho que se dio en varias de las mujeres entrevistadas; recordando a Moreno-Rosset (2009) la negación es de las reacciones más comunes ya que

genera en las personas el cuestionamiento de que no es justo o posible que les pase a ellas y por eso suelen buscarse las segundas opiniones tal y como se detalla en la familia teórica “Estrategias de Afrontamiento”.

De igual manera, para comprender mejor lo que significa la percepción del diagnóstico, fue necesario conocer cómo es que las mujeres vivían ir a la primera cita en un centro de fertilidad asistida: *“yo creía que iba a ser mucho más rápido el proceso (...) o sea creo que más que todo ha sido porque yo he sido una persona que no está cerca de doctores, no he tenido la necesidad, entonces no sabía que esperar”*-mujer 1, asimismo en : *“creo que la primera impresión que uno tiene es que no, que no va a ser un proceso rápido, verdad, que va a ser un proceso sumamente costoso”* -mujer 2 y también: *“cuando uno va a una primera cita, el doctor ni siquiera le dice a uno nada, el doctor simplemente te hace una revisión y uno tiene una ansiedad de que uno quiere saber ya que pasa. Uno tiene que hacerse ese montón de pruebas, y hay que esperarse a ovular”*-mujer 4. De acuerdo con Moreno-Rosset (2009) es esa primera visita a la centros de reproducción asistida es la que suele ser emotivamente más compleja de manejar, ya que las mujeres en este caso quieren saber cada detalle de lo que les sucede, cuando en realidad no tienen un panorama claro de su condición clínica hasta meses después, luego de haberse realizado algunas pruebas diagnósticas.

➤ *Población Pareja:*

Moreno-Rosset (2009) destaca que es de suponer que las parejas esperen la confirmación de que existe un problema concreto al no lograr el embarazo de manera natural después de un año de mantener relaciones sexuales coitales sin uso de protección. Pero en el fondo “muchas de ellas lo que esperan escuchar es que no existe ningún motivo por el cual no puedan tener

hijos, por ello el diagnóstico de infertilidad es un acontecimiento estresante cuyo impacto puede alterar el estado emocional de las parejas” (p. 30).

Respecto a esta categoría teórica, las parejas reportaron sus cogniciones y emociones sobre el momento de haber recibido el diagnóstico de infertilidad, de manera conjunta utilizando expresiones como “nosotros” o “nos”. Algunas de estas emociones tuvieron un tono negativo desde el primer momento: *“el doctor de primera entrada nos dice -pero para qué van a gastar plata, o sea ustedes nunca van a poder tener hijos”*-mujer 2 en referencia a su experiencia de pareja, otras fueron un poco más amenas: *“fuimos donde el doctor y entonces tranquilizó a mi esposo y le dijo -mirá tranquilos, todo está súper bien con ella, nada va a pasar, tienen todo el tiempo del mundo-”*-mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja. Cabe destacarse que de los siete casos entrevistados, las opiniones se dividieron en dos: unas en donde se reportaban situaciones similares a la del primer ejemplo porque tenían a ese profesional en común, el cual era caracterizado como hostil en su trato y otras en donde se reportaron situaciones similares a la del segundo ejemplo al tener a ese otro profesional en común a quien caracterizaban más bien como cariñoso y cuidadoso en su trato. Esto es un resultado interesante desde la percepción conjunta del diagnóstico en la pareja, ya que ella dependió básicamente de qué tan entendidos y respetados se sintieron por el especialista en medicina reproductiva a cargo de su caso.

Por otra parte, cabe destacarse que el aspecto más relevante en esta categoría, fue la connotación del diagnóstico como si fuera de ambos. Como se ha mencionado previamente, aun cuando había parejas que tanto el hombre como la mujer tuvieron que someterse a algún procedimiento ya que el factor era mixto; hubo otras en donde el diagnóstico era exclusivo de uno de los miembros. Por ejemplo, la mujer del caso 2, sobresalió entre los participantes

de investigación en este aspecto, tras haber manifestado siempre que el diagnóstico era de ambos, aunque era su pareja quien no podía tener los hijos: *“bueno, la doctora la conclusión..., el diagnóstico que en ese momento ella nos dio fue, bueno, que mi marido tenía una falla testicular primaria, sin origen conocido”* -mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja. Ella, siempre destacó que aunque su esposo fuera el diagnosticado, el resultado era el mismo: ellos como pareja no podían tener hijos por medios naturales. El asumirse como parte de la condición, hizo que esta mujer incluso, llegara a comprometerse con la causa a través de su participación activa en movimientos sociopolíticos como por ejemplo al formar parte activa de una de las asociaciones nacionales en favor de la legalización de la técnica de fecundación In Vitro, lo que para ella fue una manifestación conjunta, aunque su esposo no forme parte de la misma, de que el país necesita progreso y una atención integral de los derechos de otras personas que como ellos, merecen ser satisfechos en cuanto a su salud sexual y reproductiva. Las demás parejas, también comentaron que el diagnóstico fue asumido como de ambos.

Categoría B: Percepción del tratamiento

La segunda categoría teórica corresponde a la percepción del tratamiento y será entendida como el conjunto de cogniciones y emociones asociadas a la comprensión positiva o negativa de experimentar o no, algún tipo de tratamiento de reproducción asistida.

➤ Población Hombre:

Una vez recibido el diagnóstico, los casos entrevistados se vieron en la necesidad de tomar una decisión respecto a si se iban a realizar algún tratamiento o no. Como bien se sabe todos los procedimientos de reproducción asistida requieren de tiempo para llevarse a cabo, sin

embargo, hubo hombres que tras la espera reconocieron sentir la necesidad de informarse por su propia cuenta de cuáles eran los eventuales pasos a seguir: *“yo me impacienté un poco y sí empecé a investigar con el doctor por aparte qué es lo que había que hacer”*-hombre 1. En general la mayoría de hombres demostraron estar siempre informados ya fuera esto consultando al profesional las veces que fuera necesario o ellos buscando por sus propios medios, fuera esto tanto para ellos mismos como para sus esposas.

El tratamiento fue percibido para los hombres como un procedimiento que genera mucho desgaste emocional, tal como lo dice Giménez (2012) es *“una carrera de obstáculos que hay que saltar para conseguir la meta deseada: el hijo. Y si no se llega a la meta se vuelve a empezar, procurando llegar un poco más allá que la vez anterior, compitiendo con uno mismo: más ovocitos, más embriones”* (p. 5). En esa carrera, se vuelve necesario reconstruir la fortaleza de enfrentar constantemente una noticia no esperada: *“todo el tiempo que uno invierte emoción y todo, tres veces nos han dicho vamos y pucha de repente ya no y pues uno dice ¿cuántas veces puede uno pasar por eso?”*- hombre 4, reconociendo que cada nueva experiencia, por más difícil o desgastante que fuera, los cargaba emocionalmente de manera distinta: *“es más triste la primera, la segunda o la tercera ya es como más preocupante, porque ya uno empieza a pensar más verdad y a pensar más, porque uno puede decir bueno es que talvez no seguí las indicaciones en la primera por lo menos yo”*-hombre 7.

Pero a pesar de lo desgastante que era, al ser una meta personal y de pareja, hubo quienes reconocían que aun después de los constantes intentos sin tener el resultado por el que se estaba trabajando, se sigue teniendo esperanza: *“vamos hacerlo hasta que los dos queramos, podamos, estemos de acuerdo y que no nos diga nadie no va a pasar (...) el día que un doctor nos diga -ya no, no mire no va a pasar- probablemente vamos a redireccionar toda*

la vida, se busca la segunda opinión pero nunca nos han dicho”-hombre 4, o también “en realidad como que siempre tenemos la esperanza, y por eso todavía seguimos el proceso”- hombre 7. Por su parte aquellos que aún por más esperanza sabían que había un tema de capacidad biológica que no podría obviarse: “yo tenía un afán de seguir hasta las últimas consecuencias, no sabía si el ánimo me iba a alcanzar o si en el momento me iba a flaquear el ánimo, yo tengo todo el tiempo, yo soy menor que ella casi tres años entonces, ella contaba su reloj entonces yo tenía que estar pendiente del reloj de ella, cada mes, cada año que perdemos o sea que se cumple es menos tiempo, y el doctor dice -hay que apurar esto porque diay ustedes no tienen todo el tiempo para ser papás-”-hombre 3.

Otro de los aspectos sobresalientes fue el sentido de lucha hasta el final que reportaron tener los hombres respecto al tratamiento, al no querer darse por vencidos ante diferentes circunstancias: *“sabes que si todo sale bien todos ganan, nadie va a perder (...) como te digo quiero una familia, tengo que hacer esto, ¡qué duro, qué caro, qué largo, qué difícil!, eee no puedo, a la pucha, ¡más difícil todavía!”* -hombre 4, en este caso al evidenciar que seguían esperando concretar su propósito. Y ese luchar lo veían proyectado en diferentes etapas, reconocibles para ellos: *“eran etapas, está la etapa de lo voy a intentar, está la etapa de no puedo, la etapa de lo intento y no funciona (...) si usted está en la etapa de no puedo usted está en una fase muy triste, muy negativa, muy de que esto te abrumba, cuando se está en la etapa de los estoy intentando, porque se está haciendo exámenes, porque se está sometiendo a un proceso usted está esperanzado sobre el proceso (...) sí uno tiene que meterse de lleno y decir, sí lo voy a intentar, me voy a tomar esta pastilla, tenemos que cumplir todos los medicamentos, tenemos que tener relaciones sexuales tales y tales días, las probabilidades son tales y tales, aprendí hasta a entender el ciclo menstrual de la*

mujer”-hombre 3. Esas etapas las describe Giménez (2012) al destacar que “en general, al inicio de la técnica, se genera una situación de tensión y de expectación, permanente, se va tejiendo una red emocional paralela a los datos fríos de la técnica, iniciando una «montaña rusa emocional con fases de optimismo, por si se produce la ovulación, por si se obtienen óvulos que puedan ser fertilizados, por si los óvulos fertilizados inician la división celular (fecundación in vitro y microinyección intracitoplasmática de espermatozoides, FIV/ICSI), por si la transferencia de embriones tiene éxito (FIV/ICSI), por si el nivel de hormonas sigue elevándose, por si se consigue la implantación del embrión (FIV)” (p. 5).

La lucha, también se tradujo en apostar con más de lo que se tiene para alcanzar esa meta: *“llegamos donde el doctor (...) y cuando nos explicó todo y nos dijo que era posible hacerlo de nuevo pero que lo meditáramos, yo no me emocioné ni nada, fue él el que me dijo -mi amor vamos a hacerlo, así yo tenga que sacar un préstamo-*”-mujer 6 en referencia a su esposo no entrevistado. En otros casos, ese sentido de lucha perduró hasta donde les fue posible, al aceptar finalmente un alto respecto a los tratamientos: *“él, como tenía la testosterona tan baja, tan baja se había puesto una dosis de testosterona, se tuvo que poner otra y ya ahora le toca ponerse la otra y conforme se ha puesto la testosterona, ha bajado y bajado la cantidad de esperma, la doctora le dijo -no te preocupes porque probablemente de aquí a seis meses tenés otra vez cero esperma-, ya la doctora le dijo que ya no más, que ya han sido muchos años-*”-mujer 2 en referencia su esposo no entrevistado, que dada su condición el resultado era no realizarse otro procedimiento más. Y a pesar de que esa meta podía ir disminuyendo posibilidades: *“siempre hay caminos y opciones, lo que pasa es que ya al final se van cerrando, ya en la última reunión que tuvimos nos dijo -si no pasa esto, vamos a entrar en tratamiento y si esto no sucede hay que pensar en otra cosa totalmente*

diferente-”-hombre 7; aspectos que los pusieron tanto a ellos como a otros hombres en la encrucijada de qué más hacer. Moreno (2012) aclara que “la incapacidad de concebir, supone que, si el deseo de maternidad/paternidad persiste, la persona infértil pasa a depender en la toma de decisiones sobre una esfera personal muy íntima del consejo de los expertos, es decir, del personal sanitario” (p.63), en el caso de estos hombres, se nota cómo hay un punto en el que el profesional marca una pauta, un alto que si bien se aleja del deseo de la pareja es lo médicamente recomendable.

En el caso de la pareja 7, que eran los únicos que se encontraban a la fecha de las entrevistas en tratamiento, fue importante indagar en el presente lo que era para ellos volver a vivir, paralelo a esta investigación, realizarse de nuevo una intervención. Moreno-Rosset (2009a) destaca que las parejas “incluso cuando realizan varias repeticiones de los tratamientos, creen que a la próxima *les va a tocar*, como si fueran ludópatas, y ese convencimiento va decayendo con el paso del tiempo, apareciendo las manifestaciones de depresión y ansiedad” (p. 29). Esta pareja, se encontraba muy positiva respecto a la próxima intervención, incluso casi convencidos de que esta vez sí lo iban a lograr dados los cambios que ambos habían asumido y un seguimiento al pie de la letra de las sugerencias médicas, situación que no había pasado en los tratamientos anteriores. Ellos, pensando en lo que venía, destacaron que una vez estuvieran ambos listos para viajar a Panamá a realizarse la segunda FIV podrían tener un panorama más claro de lo que podía suceder: *“estrategias de aquí a que hagamos el InVitro nada, en el momento en que nos digan sí pueden ir a Panamá di yo le aviso a mi jefe y después si el resultado es positivo o negativo no lo hemos pensado, bueno si es negativo en el tema laboral decimos bueno renunciamos y nos vamos otra vez a pasear a hacer algo, lo que sea, ya lo hicimos una vez ahora es mucho más sencillo volver a hacerlo verdad o bueno*

está el tema de la adopción o el tema de buscar otro óvulo o sea todo eso que no lo hemos pensado mucho, vamos como más paso a paso porque como dice mi esposa hay que tener las expectativas positivas y siempre hemos sido positivos pero sí sabemos que pueden ser A o B, no va a haber nada intermedio, en realidad la posibilidad de conseguir una donante sí es una opción intermedia pero o sea son tres opciones nada más”-hombre 7. Es importante hacer evidencia de este caso dada la particularidad de ser los únicos que se encontraban en intervención, la cual inició a mitad de las entrevistas y por ende las investigadoras tuvieron la oportunidad de conocer cómo se vive la experiencia en el momento.

➤ *Población Mujer:*

Una vez recibido el diagnóstico, los casos entrevistados se vieron en la necesidad de tomar una decisión respecto a si se iban a realizar algún tratamiento o no. Dependiendo del caso, se les sugirió a unas mujeres realizarse una inseminación, que por protocolo además, es de las primeras técnicas a las que se acude después de si el sometimiento a terapias hormonales combinadas con relaciones sexuales programadas no funciona. Según lo comentado por uno de los especialistas en medicina reproductiva entrevistados para esta investigación, la Inseminación Artificial tiene un 25% de tasa de éxito por cada ciclo de tratamiento que se realiza, y normalmente se aconseja hacer un máximo de tres intentos por caso, ya que según los especialistas si al tercero no hay resultado, las probabilidades estadísticas decaen, por lo que se pasa a realizar una Fertilización In Vitro (A. Pérez, comunicación personal, 14 de abril, 2015; G. Escalante, comunicación personal, 22 de agosto, 2016). De acuerdo con lo anterior las mujeres indicaron: *“iniciamos con las inseminaciones, porque ya llega un punto donde uno ya dice vamos por la vía más fácil en realidad, para uno es frustrante para mí como mujer era bastante frustrante que me dijeran tres meses más, tres meses más, tres*

meses más, y yo pero necesito que me digan ya, mejor me dicen todos los exámenes qué me tengo que hacer voy y me los hago ya verdad”-mujer 4, y: “él me dijo que no iba a poder tener hijos con mis óvulos, que yo podía llegar a ser mamá y parir un hijo o por cesárea, pero haciéndome inseminación, que esa era la recomendación”-mujer 5.

Esto aplicó para cuatro de las cinco mujeres que se realizaron tratamiento, la sexta entrevistada dada su compleja condición tuvo una experiencia diferente cuando fue diagnosticada originalmente en un hospital público: *“el doctor me dice -bueno lo único que tenemos para ti es la FIV, no hay nada más que hacer, yo te recomiendo que busques un médico privado porque sabes que en Costa Rica no se puede y si tienes las posibilidades hazlo-”- mujer 6.* Valga señalar que en todos los casos entrevistados, existió el convencimiento en las mujeres de que ya con el primer tratamiento iban a lograr conseguir el embarazo, sin embargo lo cierto es según la perspectiva médica, este tiene una probabilidad de darse por cada intento de la siguiente manera: si es por medio de Inseminación Artificial la tasa de embarazo es de un 80% un solo bebé, de un 17% gemelos y 3% tres o más y si es por medio de Fertilización In Vitro la tasa de efectividad es del 60% dependiendo del número de embriones que se transfieran, teniendo entre 15% y 20% de posibilidad por cada cigoto transferido (A. Pérez, comunicación personal, 14 de abril, 2015).

Ahora bien, se desea además comentar el caso especial experimentado por la participante 6 cuando decidió viajar a Panamá para realizarse una Fertilización In Vitro para la que había sido estimulada hormonalmente para la extracción de sus propios óvulos, sin embargo una vez que llegó el día del procedimiento, resultó que sus óvulos no pudieron ser utilizados, por lo que el médico especialista le aconsejó hacer el procedimiento pero mediante la ovodonación, situación sobre la que vale indicar que por considerarse como “donado” no

quiere decir que es gratuito para la persona que lo requiere. Esta situación cobra importancia para este estudio, en tanto ese curso del tratamiento no había sido contemplado previamente en la comunicación médico-paciente, por lo que ni ella ni su esposo estaban preparados ni emocionalmente ni económicamente, sin embargo ella accedió a hacerlo ante la presión de todo lo invertido hasta ese punto y las ansias de conseguir su objetivo de la maternidad: *“el doctor me dice que no pudo salvar ninguno de los óvulos [silencio], que para que el viaje valga la pena que por qué no consideramos la ovodonación, que tiene un costo de dos mil dólares, yo quedé en shock y mi esposo me vuelve a ver y le hago -vea doctor, yo quiero ser mamá y a mí no me importa si lleva o no lleva mi sangre-, entonces yo me vuelvo muy seria y le digo a mi esposo ¿a usted le importa que no lleve mi sangre? Y me dice -nooo-, -va a ser hijo tuyo- le dije, -va a ser hijo tuyo- [llora] y entonces me dice -no no- y entonces le digo doctor -está bien, hagamos la ovodonación, con todo el dolor de mi alma verdad, hagamos la ovodonación- y me dice -perfecto ahí tengo cinco voy a inseminarlos todos a ver qué pasa-, yo vi el catálogo el historial de la muchacha que era secretaria y tenía un hijo, no padecía de nada (...) le dije a mi esposo esto muere con usted y conmigo en una tumba, nadie va a saber esto, ese hijo es mío y punto, él se volvió y me dijo sí mi amor lo que usted diga”* - mujer 6. Esta situación es un ejemplo del provecho que sacan los especialistas para tratar de complacer a sus clientes con la meta del embarazo, sin embargo, no se contempla la vulnerabilidad emocional que tienen estas personas y esto hace que se vean en la necesidad de tomar decisiones en momentos inapropiados, generando posteriormente arrepentimientos o cargas emocionales tan fuertes que pueden entorpecer el vínculo con la pareja o generar culpas en sí mismos.

Otro caso a destacar fue lo experimentado por la mujer 5 después de que se le diera el diagnóstico definitivo de infertilidad: *“él me dio la noticia pero me dio una solución, cuando él me explicó la solución yo no la quise aceptar, ¿por qué?, porque yo le dije diay pero cómo van a escoger un óvulo ahí de cualquier mujer o sea yo no sé quién es la mujer, si tiene alguna enfermedad o padecimiento, si es china negra o morena, y me dice -ayy no pero así no es, se hacen estudios y que las mujeres sean saludables y obviamente hay fotos entonces uno busca una foto de una mujer que se parezca a usted, que tenga características similares- entonces yo me imaginé como viendo un álbum de mujeres como escogiendo a la mamá de mi hijo y eso no me gustó”*-mujer 5. En este caso, valdría argumentar que por una parte parece que el especialista asume que la paciente conoce de la técnica y ante esto se cuestiona el rol de asesoramiento e información que ellos deberían tener sabiendo que aunque no sea la norma, podrían acudir al centro médico personas de estratos sociales diferentes; pero por otra parte no se desestima el impacto que tiene para muchas mujeres el darles un listado en donde van a escoger las células reproductivas de otras mujeres para que se inserten en su cuerpo y lograr así la meta de la maternidad. Al respecto y en concordancia con los desarrollos teóricos vinculados al tema, definitivamente este tipo de opciones de tratamiento generan cuestionamientos que sobrepasan las dudas y especulaciones que ya tienen de por sí los procedimientos de RMA más tradicionales, por lo que requieren un abordaje ético y concienzudo en términos de información, preparación y acompañamiento emocional por parte de los equipos interdisciplinarios que intervienen en un tratamiento por infertilidad.

En otra línea de ideas, un aspecto sobresaliente del tratamiento es que dependiendo de su naturaleza, el impacto e implicaciones físicas y emocionales que genere en las mujeres va a ser distinto, según la cantidad de medicamento que deba consumirse o aplicarse así como la

cantidad de veces al día lo cual puede interferir en mayor o menor medida con las actividades de la vida diaria: *“me tomaba los medicamentos y me inyectaba regularmente, el In Vitro es un poquito más difícil porque la cantidad de inyecciones es mayor porque no sólo son las de ovular, si no las de evitar que los óvulos revienten cuando tienen que reventar, después para que revienten, después la progesterona no sólo tomada sino inyectada, una infinidad de cosas que yo parezco un colador ya, y los cuidados que el día del In Vitro, dormir boca arriba le dicen a uno para evitar que se quede en la trompa, como ellos tienden a devolverse”*- mujer 4. Este fue un aspecto sobresaliente en todas las mujeres que se sometieron a tratamientos, quienes identificaban además tener una serie de sensaciones físicas asociadas como cansancio extremo, estómago inflamado y además labilidad emocional.

Otro de los momentos reportados por las mujeres, fue cuando no sintieron haber recibido la contención emocional necesaria de parte del personal especialista, al darles la noticia de que el tratamiento no había funcionado. Moreno-Rosset (2009) recalca el rol tan importante que tiene el acompañamiento de los profesionales para sus pacientes, en este caso aunque no sea necesariamente desde la psicología, los otros especialistas de la salud deberían brindar un soporte emocional al menos básico más cuando se trata de temas tan delicados. Tal como las mujeres lo reportaron: *“uno cree que ya por la prueba positiva que está embarazada, digo yo esto es de rutina, voy me hago la primera prueba, la segunda prueba bajó pero yo no la entendía, los valores de la hormona bajaron, yo no lo entendía, no entiendo no me huele bien no me gusta pero no lo entiendo y necesitaba que un doctor me llamara, cuando ya el doctor se contactó conmigo, que fue la psicóloga porque ellos tienen una psicóloga también para el proceso de terapia es para ayudarlo y alentarlo uno en el proceso en lo que va a pasar,*

ella me escribió y me dijo que lamentablemente que la hormona no subiera fue que se dio una pérdida, obviamente uno no entiende, yo hablé con ella, ella me llamó, después fuimos a cita obviamente porque uno inmediatamente tiene que ir a cita para hablar con el médico y que le diga a uno qué pasó, entonces el doctor me dijo -esto pasa y se llama aborto bioquímico y esto es porque el embarazo no progresa-”-mujer 4. Esta situación, es parte del común de eventos que se suscitan después de que las mujeres regresan a su casa luego de realizada la RMA, y es con unas pruebas de sangre que deben hacerse días después, que se enteran si las hormonas del embarazo aumentan o disminuyen, pero las primeras veces que esto sucede se sienten solas y con mucha angustia ya que no saben lo que los datos arrojados en el examen significan, de modo que la búsqueda del profesional para que las oriente se hace necesaria. Sin embargo la orientación y contención emocional necesarias quedan en ocasiones de lado, ya que al parecer para los profesionales esto es cosa de todos los días, probablemente una noticia más o un caso más dentro de sus estadísticas, pero para ese caso en particular, se trataba de su vida, de su ilusión.

Con base en lo expuesto hasta el momento, cabría analizar que las falsas esperanzas que se les da a las mujeres en ocasiones, al contemplar la posibilidad de que el resultado de las pruebas no sea el correcto, que por una parte se entiende como parte del protocolo de atención que deben brindar, por otra parte también alimentan esperanzas que rápido vuelven a eliminarse cuando se confirma que el resultado de las pruebas de laboratorio indican un fracaso en el tratamiento o una detención del proceso gestacional. Esto ocasionó en algunas de las mujeres entrevistadas una respuesta emocional consistente con la ansiedad anticipatoria: *“yo siempre espero lo peor, con las inseminaciones y el In Vitro también, trataba de no ilusionarme, es que si me ilusiono me destrozo, entonces yo prefiero saber que*

es un no, en ese sentido siempre he sido así de autodestructiva, yo prefiero saber que es un no porque el sí es un plus, el sí es ganancia pero el no, es algo completamente seguro” - mujer 4. Esa desilusión la siguieron experimentando otras mujeres con los procedimientos variados a los que se tuvieron que someter dadas las nuevas eventualidades que aparecían con respecto a su diagnóstico, de modo que la ilusión de un tratamiento visualizado inicialmente como la oportunidad para alcanzar su meta se vio en algunas de estas mujeres entorpecido por nuevos acontecimientos: *“ahora eran las dos trompas, los salping es un trastorno de las trompas que lo que tienen es pus, es una infección y yo no sentía nada ni me dolía nada, ni tenía nada, puede pasar porque como me había hecho una histerosalpingografía puede que haya quedado líquido de ese metilo de azul ahí y con el tiempo haya hecho una infección, otras causas son de origen iatrogénico o sea que no se sabe, también recuerden que una de las causas de la endometriosis es un reflujo retrógrado de la regla por las trompas entonces podría ser otra causa, la cosa es que ya pasó y el doctor me dijo tengo que operarte”*-mujer 6. Es decir, su condición generaba que no se le pudiera realizar la FIV hasta no sanar sus Trompas de Falopio.

Bien se sabe que los especialistas a cargo de procedimientos de reproducción asistida deben brindar una sesión informativa así como mantener un discurso optimista para que sus clientas se sientan convencidas de realizarse los tratamientos, sin embargo la percepción del aseguramiento por parte del personal de que todo iba a salir como se deseaba, sin contemplar la mínima posibilidad real de que quizá un hay porcentaje que evidencia que los tratamientos no son 100% exitosos, es arriesgado por el bienestar y ajuste emocional de las personas diagnosticadas: *“tres días tuve que esperarme a que crecieran los embriones y el doctor me dijo -están hermosas esas blastómeras y me llevó donde el microbiólogo y me dijo mirá qué*

lindas que están, me dice yo generalmente solo pongo dos porque es el protocolo, pero te voy a poner tres porque necesito asegurarme que vas a quedar embarazada-, hasta fotos, estaba tan loco con las blastómeras que me mandó foto, -tomá guardalas para que les digas a tus hijos que ahí estaban- y de verdad me puso tres” -mujer 6, también: “el doctor es como vacilón porque él vacila y te dice cosas y te hace bromas –no, no se preocupe, de alguna forma lo hacemos, pero usted de que va a ser mamá y que va a quedar, va a quedar- entonces digamos que de cierta forma le da a uno tranquilidad”-mujer 7. En estos casos, se evidenció ese apoyo y motivación a la paciente, sin embargo, las investigadoras desean argumentar que pareciera una existir una grave falta de consideración de las personas especialistas en medicina reproductiva sobre las implicaciones de tales aseveraciones, que amparadas en la figura social de poder que se le ha otorgado a la medicina, hacen creer a la mujer que ellos tienen la potestad de asegurar la posibilidad del embarazo, lo que en algunos casos lleva a realizar algunos procedimientos riesgosos con tal de conseguir la meta.

El caso 7 es particular y único dentro de la muestra con la que se trabajó, ya que era la única pareja que al momento de ser entrevistados se encontraban preparándose para acudir a la RMA, en su caso, su segunda FIV: *“estamos pasando otra vez por el proceso de la linfoterapia, porque vamos a ir, si Dios quiere yo tengo la fe, que en mayo nos digan que sí podemos ir a Panamá, pero por otro lado es duro porque uno dice juepucha ¿y si el doctor nos dice que no podemos ir a Panamá ya? Yo, en mi vida nunca hemos tenido una pérdida, yo nunca he quedado embarazada, por lo menos que yo me dé cuenta, verdad, pero yo no me imagino, lo duro que puede ser eso, saber que alguien tenga un bebé y que lo pierda y entre más grande esté peor verdad, es más ni me lo puedo imaginar, yo digo Dios mío ojalá que no tenga que pasar por eso” -mujer 7.*

Dada la diversidad de condiciones experimentadas por las mujeres de esta investigación y reportadas en este apartado, queda en evidencia cómo la experiencia del tratamiento para cada una fue distinta, porque dependió en primer lugar de esas características personales y de pareja ya mencionadas, también del tipo de diagnóstico brindado y la forma en que les fue comunicado, ya que hubo unas mujeres que dijeron no haber recibido nunca un diagnóstico claro y sencillo de “usted es infértil”, si no que fue dándose por entendido durante el proceso de exámenes diagnósticos. También dependió del tipo de procedimiento que les realizaron, la cantidad de veces de su aplicación y los pormenores experimentados durante el proceso, considerando las eventuales complicaciones físicas y emocionales que presentaron todas, solo que unas con más intensidad y frecuencia que otras; así como del tipo de compañía y asesoría del personal médico, que tiene un papel de gran relevancia para quienes deciden someterse a la RMA porque se deposita en ellos la esperanza de un resultado que ni la ciencia puede asegurar, aunque de manera irresponsable muchos de ellos se toman el atrevimiento de hacerlo, generando en sus consultantes impactos socioemocionales de los que muchas veces, no hay vuelta atrás.

➤ *Población Pareja:*

En cuanto a las cogniciones y emociones reportadas por las parejas sobre los tratamientos de reproducción asistida, destacó al menos cuatro de los casos entrevistados, la mención directa sobre la decisión consciente de acoger el diagnóstico recibido por uno de los miembros como un tema de y en pareja, lo cual se evidenció mediante el uso del “nos” o el “nosotros” en sus discursos para referirse a diagnósticos y/o tratamientos, sin prestar mayor atención sobre si el factor tenía un origen masculino o femenino: “*nosotros vimos la infertilidad como de pareja*”-pareja 3, también: “*ahí es cuando nos dan como el primer diagnóstico de*

infertilidad”-mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja, asimismo se puede observar en: *“tenemos el tema este problema de no poder tener bebés o de momento no haber podido tener bebés”*-pareja 7, una idea similar en: *“a nosotros que nos tocó el tratamiento más sencillo”*-pareja 1, asimismo: *“para podernos hacer un tratamiento de fertilización”* -mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja. También: *“lo primero que él nos hizo fue darnos unas pastillitas para los folículos”*-pareja 3, y finalmente: *“nos hicimos la In Vitro”* -pareja 4. Reconociendo de esta manera, la importancia de poder experimentar este tipo de situaciones en pareja, como equipo que se apoya mutuamente: *“a mí lo que me pesa más, es lo que sufrimos nosotros en el antes y el después del embarazo y a mí me pesa más eso porque yo vi lo mucho que costó (...) el proceso que fue para nosotros pues literalmente pasar no por brasas sino por un fuego encendido, que limpió muchos de nuestras cosas, pero fue bastante complicado”*-hombre 3. Lo señalado anteriormente fue un resultado concreto de lo expresado abiertamente en el discurso de algunas de las personas participantes que apuntó claramente a un deseo de mostrar solidaridad con su pareja, sin embargo cabría aclarar que según lo analizado para esta investigación, a nivel individual también existieron referencias que demostraron que no necesariamente en todos los casos había una asimilación tan clara a nivel personal del diagnóstico como un tema conjunto: *“diay, yo el diagnóstico de él yo lo hice mío”* -mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja, también en: *“yo estaba consciente de que la que tenía los problemas de fertilidad era yo, aunque lo vivimos en pareja”* -pareja 3.

En otra línea de ideas sobre la percepción del tratamiento, otro resultado que se destacó en una de las parejas, fue que durante su periodo de tratamientos dado el poco avance que se veía en cuanto a la efectividad de los mismos, se vio en la condición de enfrentar en definitiva

su situación de no continuarlos: *“en el caso de nosotros ya la doctora nos dijo que lo dejáramos de intentar, la endocrinóloga de mi esposo, ya le dijo -déjelo de intentar, han sido muchísimos años, el desgaste físico y emocional ha sido muchísimo-, y él no mejoró con el tratamiento que le mandó el doctor e ir a hacernos la In Vitro es arriesgarnos a perder todos nuestros ahorros, porque la movilidad de él es muy muy baja (...) simple y sencillo, mi esposo me lo dijo, porque yo sí le dije -no se inyecte más, con esta inyección está bien, porque sería como tirar a la basura los tres años que te inyectaste-. Entonces fue cuando él me dijo -no, yo tengo que aceptar que no, que mi condición no va a cambiar y que yo tengo que estar bien con usted y que yo tengo que cuidar mi matrimonio-, entonces yo no creo que yo lo vaya a volver a retomar”*- mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja. Al respecto, se pudo analizar cómo de parte de ambos, hubo un proceso de reflexión que llevó finalmente a la aceptación de su condición y de forma muy positiva ambos reconocieron que aun cuando su deseo de tener hijos no iba a poder cumplirse, podían seguir contando el uno con el otro, de modo que el fortalecimiento de su matrimonio pasó a ser de sus principales metas.

Categoría C: Percepción del embarazo

La tercera categoría teórica corresponde a la percepción del embarazo, que será entendida como el conjunto de cogniciones y emociones asociadas a la comprensión positiva o negativa de la experiencia del embarazo.

➤ Población Hombre:

Para esta categoría, dada la naturaleza del contenido, se trabajó únicamente con los hombres que ya habían podido experimentar el periodo de embarazo con sus esposas, que fueron los que ya se habían convertido en padres. Ellos comentaron cómo se sintieron en distintos

momentos del embarazo de sus parejas. Al principio, con tan sólo pocos meses de embarazo no fue fácil para ninguno, ambas mujeres tenían la condición de embarazo de riesgo, no solo por ser casos de fertilidad asistida, sino porque la mujer 1 tenía embarazo gemelar y la mujer 3 había tenido abortos antes.

La preocupación por el bienestar de sus esposas y de sus bebés era lo que gobernaba a estos hombres estando siempre alertas a cualquier riesgo o peligro y tratando de hacer ellos lo mejor que podían para ayudarlas: *“corrimos, llegamos a la casa y entonces mi escena es entrar al cuarto, la veo a ella en el piso (...) toda su zona púbica estaba toda llena de sangre, vuelvo a ver a la tasa del inodoro y me medio asomo y toda la tasa del inodoro estaba llena de sangre y yo decía qué impresionante. Claro ella estaba en un estado de shock, acabábamos de tener una pérdida hacía 6 meses (...) y en un acto como de autodefensa para nosotros, yo le quité la ropa, agarré el primer paño grande que encontré y empecé a limpiar el piso y con otro paño la empiezo a limpiar a ella (...) trato de consolarla, le bajo el bloomer y la sigo limpiando y veo que pegada a su zona vaginal hay una bolsita y digo yo -no te puedo quitar esto, digo yo este es el bebé-”* -hombre 3. Este caso tuvo esa emergencia en los primeros meses pero tras la atención médica supieron que no se trataba de un aborto y el feto siempre estuvo a salvo en el útero y la bolsa a la que hacían referencia era un coágulo de sangre de grandes dimensiones. El otro hombre comentó también sobre la ayuda que le ofrecía en determinados momentos a su esposa que: *“cuando ella estaba embarazada, sí es un embarazo bastante, bastante fuerte porque como ella dice los primeros meses era Graval todos los días, luego yo tenía que bañarla, tenía que ir al baño con ella, porque ella o se agarraba la pancita y no tenía otra mano para enjabonarse. Luego el doctor le mandó cama-baño, cama-baño”* - hombre 1. Este caso, el hombre lo vive en doble partida, ya que era

embarazo gemelar y el riesgo que corrían los bebés y su esposa era mucho mayor al de un embarazo simple.

Moreno y Roca (2012) reconocen que “aún hoy, tanto el embarazo como el parto continúan rodeados de temores atávicos que tienen relación directa con la propia integridad y la del hijo que está por llegar, cuando no de dudas en torno a su capacidad futura para nutrir o cuidar al bebé, presentes en muchas ocasiones en los últimos meses de la gestación” (p.20). De modo que, además del cuidado y atenciones a sus esposas durante el embarazo, ambos hombres sacaron a relucir otro tipo de preocupaciones enfocadas en lo que iba sucediendo conforme pasaban los meses del embarazo: *“después de que ella quedó embarazada a mi sí me dio un poquillo de nervio a la hora de ir a los exámenes, al examen morfológico de cuando les cuentan los dedos y todo, porque siempre he escuchado de Síndrome de Down, de cualquier tipo de síndrome”*-hombre 1. En este caso, se evidencia que la preocupación no cesa, y más adelante tuvieron que enfrentar condiciones de mayor estrés aun cuando ya estaban cerca de la etapa que les daba más tranquilidad que era el nacimiento de los bebés y verlos finalmente en sus casas: *“yo pasé de tener un buen trabajo en donde ganaba muy bien a quedarme sin trabajo en agosto y los bebés nacieron en octubre. El dinero daba para que nacieran y todo, pero ya no alcanzaba para la cesárea, entonces ella tuvo que poner la tarjeta porque también estaba la hipoteca de la casa, los gastos de agua, luz y teléfono”* - hombre 1.

➤ *Población Mujer:*

Contrario a las idealizaciones socialmente construidas respecto al embarazo, este puede considerarse como una experiencia estresante para muchas mujeres, y aunque les emocione y sea un factor de realización personal, de pareja y del entorno social y familiar, no escapa a

la potencialidad de generar inestabilidad emocional. Aspectos como “la incertidumbre de la evolución, los cambios endocrinos del esquema corporal o la propia reorganización psicológica que requiere convertirse en madre, se constituyen en factores que propician una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psicopatológicos” (Moreno y Roca, 2012, p.19). A esto debe agregársele el factor de que al ser embarazos producto de la reproducción médicamente asistida, suelen generar más vulnerabilidad emocional, ya que son necesarios más cuidados y atenciones para la mujer ya que en la mayoría de ocasiones terminan por considerárseles embarazos de alto riesgo.

De acuerdo con Roa (2007) las estadísticas en medicina reproductiva a nivel mundial, reconocen que entre el 20% y el 40% de los tratamientos debidos a las TRA suelen ser exitosos al lograrse el embarazo deseado, según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud, “aún es una tasa de éxito muy baja, lo que afecta a muchas parejas que se ven expuestas a emociones de impotencia, tristeza y fracaso” (p.75). En esta investigación, dos mujeres de siete que participaron, lograron quedar embarazadas, lo cual es consistente con esas estadísticas. Ellas, reportaron haber sentido preocupaciones extra a las que ya de por sí su embarazo demandaba en cuanto a factores físicos y emocionales: *“cuando quedamos embarazados, tras de que la habíamos visto fea por mi situación mental emocional, más que todo emocional, nos toca un embarazo complicado (...) yo tenía tanto miedo de que me pasara algo, un embarazo de gestación de fertilidad asistida, no es igual, nunca va a ser igual que un embarazo de gestación normal, o de un bebé concebido naturalmente (...) se sufre tanto, en el proceso de lograr el embarazo, que cuando uno lo logra, uno quiere meterse en una cápsula y ser intocable para la existencia humana y animal y vegetal, hasta que el bebé nazca. Es un sentido de supervivencia y de protección magnificado y eso es aún más*

estresante porque uno pasa estresado todo el bendito embarazo, por tanto que costó lograrlo y después asegurarse de que concluya con un bebé saludable al final”-mujer 1. Con esto se evidenció que para ellas, lograr el embarazo no es su meta final como socialmente se cree; al contrario quedar embarazadas hace que todo el proceso vuelva a iniciar y vengan entonces otras y mayores preocupaciones: “yo no fui feliz hasta que los bebés estaban aquí. Desde el momento que empecé tratamiento de fertilidad hasta que los bebés estaban aquí en sus respectivas cunas, hasta ese momento, y eso fueron qué ¿dos años? Encima de eso nos tocaron prematuros, entonces uno dice ¿mae cuando va a terminar esta vara?”-mujer 1.

El caso tres por su parte, tuvo otras circunstancias que fueron más apremiantes al principio del embarazo que una vez nacida la bebé: *“me acuerdo cuando el doctor levanta la batita que le ponen a uno, y me acuerdo tanto la cara de él, hace como [ella imita cara de sorpresa] porque todavía estaba la bolsita pegada saliendo de mi vagina. El vio eso, yo le vi la cara, como diciendo eso no está bien y entonces me dice -sí, tienes una bolsita ahí, tengo que sacarla y tengo que saber qué es, si es la bolsita con el embrión o qué-. Entonces la removió, claro uno sintiendo eso y piensa en todo lo que ha pasado y que la alegría y otra vez la tristeza”- mujer 3. Y posterior a esta experiencia tan estresante que para bien de ambos, esa bolsa no se trataba del embrión sino de un coágulo de sangre de grandes dimensiones ella comentó sobre su embarazo: “para mí fue como etapas, porque para mí, cuando quedamos embarazados yo llegue a la sesión del doctor con ochocientas mil preguntas, porque yo nunca había quedado embarazada. Al ratito me dijo -quiero que agarre esa lista y la bote, porque yo no quiero que usted sobrepiense su embarazo, que lo viva, si yo le contesto cada una de esas preguntas, le voy a dar cabida a su ansiedad, entonces tranquila, todo está bien, piense positivo, ahí está el o la bebé, relájese-”, pero para ella: “el embarazo fue como de*

dos años”, aclarando que: “yo no siento, que yo disfrutara el embarazo relajado, por más que el doctor me lo dijera, por más que él me lo dijera, por más que él me regañara”- mujer

3. En este caso, según lo analizado por las investigadoras, en lugar de contar con una figura que validara sus emociones, se encontró con un profesional que en su posición de poder irrespetando el derecho a la información del cliente, negaba la posibilidad de tener miedo, de dudar, entendiéndose esto por una parte como un estrategia motivacional encaminada a evitar procesos de ansiedad y a hacer a la paciente sentirse segura del proceso, sin embargo debe visibilizarse que este tipo de actuaciones entorpecen un acompañamiento que vaya de la mano con las vivencias subjetivas de quienes están experimentando un proceso de gestación sumamente esperado y por tanto cargado de múltiples expectativas y angustias.

Tal como se ha señalado, el embarazo tiene la connotación social de ser una experiencia agradable para la mujer, sin embargo, lo cierto es que no todas las mujeres la viven de la manera cómoda o alegre con la que se asocia. Por tanto, es importante entonces dejar claros algunos de los cambios por los que se atraviesa durante esta etapa y que permean la forma en la que se vivencia esta etapa. A nivel fisiológico, se presentan una serie de cambios y adaptaciones importantes que están influenciadas en gran parte por distintas hormonas, pero también por los cambios que va generando el feto dentro del útero, también se dan cambios en las trompas de falopio, ovarios y útero así como en la vagina al volver sus paredes más gruesas y flexibles, en el cérvix y glándulas mamarias aumentando de tamaño y preparándose para producir el calostro; todo esto a través de la estimulación por distintas sustancias como los estrógenos, progesterona y oxitocina principalmente (Rivera , 2008). Estas hormonas que aumentan durante la gestación, junto con la producción de otras hormonas polipeptídicas, inducen cambios metabólicos que actúan de manera importante sobre la actividad del sistema

nervioso central y los ritmos circadianos, también se experimentan cambios físicos evidentes como la modificación corporal y el aumento de peso que tienen repercusiones en el estado psicológico de la mujer, esto según los requerimientos socioculturales de su contexto (Alfaro, 2005). Se producen también cambios en el abdomen al estirarse la piel, a nivel cardiovascular un leve incremento del corazón con mayor volumen de sangre por cada latido y un aumento del pulso, a nivel digestivo se hacen comunes las hemorroides o el estreñimiento con retraso en el proceso de digestión por alteraciones en el metabolismo, a nivel urinario se presenta la retención de líquido, a nivel muscular se vuelve común el dolor y la fatiga y también se dan cambios a nivel ocular y auditivo, entre otros (Rivera, 2008). A nivel emocional, Reyes (2011) considera que el embarazo, puede ser un desencadenante de reacciones psicológicas en las mujeres que pueden ir desde el estrés, hasta trastornos psiquiátricos más graves, que pueden surgir aun si las mujeres no han tenido antecedentes psiquiátricos. Por su parte Molinero, Morales, Vega, Montero, Linares y Álvarez (2007) aportan ideas similares a las anteriores, respecto a que hay casos de mujeres que han desarrollado algún problema físico o psiquiátrico durante o después del parto, por lo que consideran que la condición psicológica de la mujer en el periodo de su embarazo, así como la manera en que se ve a sí misma, a su bebé y a los que la rodean, puede brindar información sobre la naturaleza y gravedad de esos problemas que eventualmente podrían surgir. La adaptación emocional a esta etapa va a depender de ciertos recursos que la mujer desarrolle para enfrentarse a la misma, como su capacidad para enfrentar y resolver problemas y la atribución de distintos significados a las experiencias y expectativas que tenga, aspectos que van a mediar el bienestar físico y emocional que pueda presentar (Canaval, Jaramillo, Rosero y Valencia, 2007, Reyes, 2011).

➤ *Población Pareja:*

Respecto al embarazo, algunas de las parejas también reconocieron este evento como si fuera de ambos: *“cuando resultamos embarazados, a bueno para nosotros fue “quedamos embarazados” no fui yo la que quedé embarazada, quedamos embarazados, porque fue mucho esfuerzo”* -pareja 3, esto se entiende en el contexto de que a la pareja le costó mucho conseguir esa meta, de modo que una vez alcanzada, el triunfo se asumió como de ambos, aunque sea en el cuerpo de la mujer en donde esté el resultado.

Después, otro aspecto que sobresalió alusivo a la experiencia del embarazo, fue cuando algunas parejas días después de recibir la noticia tenían que hacerse un ultrasonido para dar seguimiento al proceso de gestación, pero lamentablemente en varios casos, el tan esperado evento se convirtió en la notificación de un aborto, aspecto que se complejiza porque no solo se tiene que lidiar con la dificultad personal ante la decepción producto de esa ilusión-desilusión, sino que además debe de observarse y acompañar la tristeza de la pareja: *“cuando fuimos a la cita que dicen que hay que escuchar el corazón uno va emocionado y lo más desilusionante, doloroso, frustrante, ya no sé ni cómo expresarlo, el doctor pone la bolsita y se ve un saquito grande y todo pero no había nada, era un embarazo anembriónico, yo lo que más recuerdo es la cara de mi esposo cuando me bajé de la silla, yo nunca había visto esa cara de él en los tantos años que tengo de conocerlo, fue lo que más me dolió yo creo”* -pareja 4. Al respecto, fue la mujer quien destacó en este caso, el impacto de la noticia para ambos miembros, situación que fue común en la mayoría de participantes al destacar el hecho de que no siempre fueron necesarias las palabras para poder comunicar a lo interno de la pareja el sentimiento de pérdida. En el caso de padres por fertilidad asistida, esta pérdida

tiene una connotación doble: la primera de no poder lograrlo naturalmente y la segunda al ver que incluso con la RMA, su sueño se veía frustrado una vez más.

Categoría D: Percepción de la maternidad y paternidad durante o posterior al tratamiento

La cuarta categoría teórica corresponde a la percepción de la maternidad y paternidad durante o posterior al tratamiento y será entendida como el conjunto de cogniciones y emociones asociadas al cambio para la comprensión positiva o negativa de la experiencia de la maternidad y la paternidad durante o posterior a un tratamiento de infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

Como una manera de entender más a profundidad el impacto del diagnóstico en los entrevistados, fue importante indagar lo que significaba para ellos ser padres a través de un procedimiento de reproducción asistida.

En el caso de los hombres que ya habían logrado ejercer su paternidad, comentaron: *“sí es diferente, como a nosotros nos costó tanto, entonces ser padre es como lo máximo, después de un tratamiento de fertilidad, es como, quiero encontrar la palabra correcta, es como la cúspide, ¿no?, es como estar demasiado orgulloso de que tengo dos hijos por tratamiento de fertilidad, porque eso significa que no nos dimos por vencidos, que encontramos una solución a los problemas o a la necesidad”*-hombre 1 y también *“no es lo mismo que usted sea un papá por torta, por decirlo de alguna manera, para nada, que sea un papá o mamá que luchó por tener ese bebé”*-hombre 3. Con esto se evidencia el sentimiento de orgullo que ambos experimentaron al haber logrado, después de extenuantes procesos, la

meta esperada. Pero aun así, fue evidente en ambos casos el reconocimiento de que si bien podrían ser más cautelosos en algunos aspectos de la crianza de sus hijos, no se diferencian sustancialmente de los hombres que ejercen otro tipo de paternidades: *“no me hace diferente a cualquier padre, no soy mejor, no soy peor (...) yo creo que al acordarse que a uno le costó tanto, que tuvo que pasar por ese proceso que no es tan fácil, que le ayudaron, en mi caso es cuando me da más energías para tolerarlos, es más fácil tolerarlos de que lloren o lo que sea porque los veo de otra forma”*-hombre 1.

Ambos reconocieron que dada la dificultad para haber logrado el embarazo, se vuelve casi que una condición incontrolable ser más cuidadosos de la cuenta con sus hijos: *“por supuesto, creo que soy más preocupado por lo que a ellos le pasa, yo soy como el papá gallina, el sentido de protección se siente más, no como de no dejarlos hacer cosas, pero si más de protección de que algo les puede pasar, si están enfermos, me acuerdo que fueron prematuros por eso hay que ponerles más cuidado”*-hombre 1 y *“como papá o mamá que luchó mucho por su hijo, va a tener muy claro desde el principio lo que tiene que luchar y cuidar a su hijo o hija. No estoy diciendo que va a ser peor o mejor papá, nada más estoy diciendo que sí va a tener muy claro desde el principio cuánto luchó por eso y eso podría implicar incluso ponerlo dentro de una burbujita de cristal para que nadie le haga daño, o sea que usted lo va a proteger todo lo que pueda”*-hombre 3.

Hadley y Hanley (2011) y Pujari y Unisa (2014), reconocen que la paternidad le brinda a los hombres un sentido de importancia y satisfacción, por lo que por una parte enfrentar un diagnóstico de infertilidad se convierte en un reto para la concepción de su masculinidad y por otra lograr tratar ese diagnóstico teniendo como resultado la presencia de un hijo o hija les permite darle continuidad a su línea genética, de modo que se generan fuertes conexiones

emocionales en ellos. En este caso, los dos hombres que habían logrado ver concretada su paternidad dado el nacimiento de sus hijos, evidenciando esas fuertes conexiones emocionales entre padres e hijos, y reconociendo sentirse muy orgullosos de lograr la meta y por ende de tener a sus hijos con ayuda de la ciencia y tecnología.

➤ *Población Mujer:*

Como una manera de entender más a profundidad el impacto del diagnóstico en las mujeres, fue importante indagar lo que significaba para ellas ser madres a través de un procedimiento de reproducción asistida. Las que ya habían logrado ejercer su maternidad, comentaron: *“ser papá y mamá es graduarse (...) ellos representan un pequeño milagrito, punto. No me hace ni mejor mamá, ni mejor papá, ni los quiero ni más ni menos, ni soy mejor que nadie. Yo veo dos milagritos por ahí, en algún momento en que sentí que no lo iba a lograr, que vi todas las posibilidades contra mí, estaban ahí diciéndome o sea los milagros existen, es como cuando uno se cura de algo. Sí estoy de acuerdo en que quizás uno es más tolerante, pero quizás no es tolerante es que aprecia más algunas cosas que ellos hacen, creo que tolerante es una palabra como dura, quizás uno es como más paciente”* -mujer 1, y *“para mí el hecho de ser mamá para mí es sagrado porque me costó mucho serlo, pero no soy mejor mamá que alguien que lo concibió naturalmente”* -mujer 3.

Tal como se evidencia, para ellas tanto el embarazo como el postparto forman también parte del conjunto de experiencias asociadas al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Según Llavona (2008) cuando una persona se dispone a tener ya un hijo “el que se haga patente la incapacidad de lograrlo por el “procedimiento natural” que la humanidad ha seguido a lo largo de su existencia, en el momento de la vida que uno quiere, ha de producir sin duda

sorpresa y cierta frustración” (p.159). Esa duda y frustración, en el caso de estas madres pasó a convertirse en certeza y alegría una vez que lograron concretar su meta por medios artificiales y a partir de eso es que llegaron a desarrollar una connotación muy particular sobre su rol como madres. Podría decirse que ser parte del sector poblacional que acude a la RMA para lograr su cometido, hace que la propia identidad esté relativamente permeada de un elemento distinto por todas las implicaciones que ya se sabe que conlleva someterse a esos tratamientos. Pero a la vez, el verse y asumirse en la práctica como madres, involucradas en las actividades de cuidado, protección, amamantamiento, entre otras; hace que no se sientan significativamente diferentes del resto de la población que sí logra tener sus hijos por medios naturales, ya que finalmente todas están experimentando el rol de la maternidad de formas al menos similares. Es por esto que, las mujeres de esta investigación que ya habían tenido a sus hijos, reportaron no sentirse distintas o mejores a las demás madres, pero sí quizá con una sensación de logro y satisfacción más sentidas, por todo lo que tuvieron que pasar, sufrir y sacrificar para lograr esa meta. Según el común de sus discursos y lo analizado por las investigadoras, lograr la maternidad de estos casos fue una conquista “a prueba de fuego”, como coloquialmente solían llamarlo ellas.

❖ **Familia 2: Redes de Apoyo**

Un aspecto modulador de la reacción emocional ante la infertilidad y su tratamiento, es el contar con apoyo social. Autores como Östberg y Lennartsson (2007) en sus numerosos estudios, en diferentes ámbitos, demuestran la relación entre apoyo social y estado de salud y han reiterado la influencia, tanto directa, como protectora del apoyo social sobre el estrés.

Según Castro, Campero y Hernández (1997) el apoyo social es un concepto multidimensional y por esta razón ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas, que pueden tener distintos contenidos y proceder de distintas redes sociales, entre ellas la familiar, los amigos o la comunidad. Respecto a la función del apoyo social Vega y González (2009) reconocen cuatro tipos: el emocional que proporciona a las personas sentimientos de estima, afecto, confianza y seguridad entre otros; el valorativo, que representa la percepción del individuo de que puede contar con alguien, y sentirse acompañado socialmente; el informativo que está dirigido a orientar, ayudar, definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento y el instrumental que constituye la ayuda práctica y concreta mediante asistencia material en la solución a un problema. Asimismo, se debe mencionar que dos aspectos importantes de este tema son el apoyo social percibido y el apoyo social provisto; el primero constituye la confianza que tienen las y los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita, por su parte, el segundo son las acciones que otros realizan para proveer asistencia a estos individuos (Castro, Campero y Hernández, 1997).

Ahora bien, en el ámbito de las enfermedades crónicas, como el caso de la infertilidad, los beneficios de cada tipo de apoyo (instrumental, emocional, informativo y valorativo) parecen depender de la fase de evolución de la condición. De este modo, por ejemplo los apoyos de tipo emocional muestran mayor eficacia a lo largo del proceso de ajuste y adaptación a la enfermedad que por ejemplo el instrumental (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera-Jurado y Flores, 2008). Para estos autores, existe una relación directa entre la eficacia de cada uno de los tipos de apoyo y el agente que lo proporciona, así, por ejemplo, en el ámbito de las enfermedades crónicas como la infertilidad, el apoyo informacional proporcionado por los diversos profesionales de la salud a menudo es percibido como el más efectivo.

Asimismo, en el ámbito de la infertilidad, se ha constatado que la percepción de apoyo social y la búsqueda de dicho apoyo explican de manera contundente el grado de ajuste que tienen algunas de las parejas con esta condición, por esa razón es especialmente relevante el número de personas con las que las parejas infértiles interactúan y, a las que expresan su problemática (Moreno-Rosset, Antequera-Jurado, Jenaro y Gómez, (2009). También es relevante rescatar que el apoyo entre los miembros de la pareja parece ser fundamental en los procesos de adaptación y afrontamiento de este tipo de diagnóstico y tratamiento (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera-Jurado y Flores, 2008)

Es por tanto y partir de todo lo mencionado anteriormente que la presente familia teórica, llamada “Redes de Apoyo” será comprendida por las investigadoras como aquella estructura social-familiar que brinda contención y respaldo a través de comentarios y/o acciones que influyen de manera positiva o negativa la manera en que hombres, mujeres y parejas interpretan su experiencia de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Para efectos de una mejor comprensión de la misma, esta será explorada mediante cuatro categorías teóricas: Acompañamiento terapéutico, Apoyo percibido de su pareja, Apoyo percibido de parte de otras personas externas a su pareja y Apoyo brindado a su pareja.

Categoría A: Acompañamiento terapéutico

Esta categoría teórica contempla el apoyo social provisto por la red de profesionales en la salud de centros públicos o privados que brindaron buen o mal acompañamiento o asesoría en las áreas: medicina, psicología y psiquiatría a las mujeres, hombres y parejas en relación a su diagnóstico y tratamiento por infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

Es fundamental la importancia que tiene, el acompañamiento terapéutico de calidad en un tratamiento por infertilidad, sobre este punto los hombres entrevistados resaltaron varios aspectos, a saber: la importancia de que el equipo médico tenga con ellos un trato ético y sobre todo que demuestren interés y conocimiento por su caso: *“el doctor no estaba en el país, y nosotros descansábamos mucho en la experiencia de él, entonces no tenerlo en el país significó un factor adicional de estrés para nosotros”*-hombre 3 asimismo se evidenció en *“Cuando la plata se no acabó y los bebés seguían en el hospital. La pediatra se portó excelente cuando nos me dijo que no me preocupara que ella solo nos iba a cobrar 1.500 dólares hasta que ellos salieran del Hospital. Nos daba muestras, los tarros de leche, de los grandes”*-hombre 1. A su vez resaltan la importancia de que se les demuestre interés y conocimiento de los detalles de su caso particular y sobre todo y quizás reiteradamente más importante para la mayoría de ellos, es que su pareja se sienta bien atendida: *“se ha sentido bien y lo importante para mí era que si mi esposa se sentía bien y estaba bien, ya eso es mucho”* -hombre 4.

Los entrevistados, también destacaron como una fuente de apoyo, el que los especialistas no se enfoquen exclusivamente en la paciente directa y los involucren activamente en el proceso, ya sea desde aspectos pequeños como enseñarles a aplicar las inyecciones hormonales diarias que le recetan a sus parejas, hasta la participación en etapas del tratamiento que tenían un importante significado emocional: *“Investigadora pregunta: Nos contaron que el doctor los involucró tanto, que le permitió a E ser parte del procedimiento de accionar la cánula para depositar el semen, durante la técnica de inseminación artificial que le hicieron a su esposa. ¿Cómo lo hizo sentir eso? Hombre 3: “Ese día el doctor me*

invitó a la camilla, él preparo todo, y me dice: -tenga usted el honor, para mí fue interesante, porque me dijo, que yo estaba embarazando a mis esposa, si es que resultaba. Como les digo, fue un detalle que se agradeció. Me sentí más involucrado en el proceso”-hombre 3.

Por otra parte, en caso 1 en particular, se anotó la queja de que el acompañamiento terapéutico terminó literalmente con en el nacimiento de los bebés y no hubo un interés por el proceso post parto, en las complicaciones neonatológicas vividas, en costos no contemplados producto de alto riesgo de un parto múltiple producto de fertilidad asistida y tampoco con respecto a las secuelas post parto, es decir se manifestó la percepción de que los tratamientos de fertilidad no abarcan, ni acompañan durante el proceso completo.

➤ *Población Mujer:*

A diferencia de lo planteado por los hombres, las mujeres entrevistadas dieron menos énfasis a comentarios relacionados al apoyo social de parte de los diversos profesionales con los que tuvieron contacto durante sus procesos de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Sin embargo, sí es importante destacar que en general al menos cuatro de las siete entrevistadas mencionaron sentirse satisfechas con el apoyo percibido y provisto por parte de los especialistas en medicina reproductiva y sus equipos en las diferentes clínicas de infertilidad en donde se trataron: *“ellos tratan de hacer el ambiente como ameno, hacen bromas y bueno no pasa nada es un tratamiento como otros”-mujer 7.*

Asimismo, se desea plantear que varias de las participantes hicieron énfasis respecto a ciertas interacciones de los profesionales en medicina reproductiva en donde su trato hacia ellas fue más afectuoso o cercano, denotando la importancia que revistió este tipo de detalles para lograr una valoración menos estresante de la situación. En general a pesar de las críticas

manifestadas sobre algunas actuaciones de sus equipos clínicos, las cuales se desarrollaron más profundamente en la familia “Reflexiones de la Experiencia”, las participantes recordaron con agradecimiento apoyos de tipo informativo como por ejemplo la adecuada orientación y explicación sobre los diagnósticos: *“ellos tienen mucha literatura y te dan mucha información”* -mujer 7, o también sobre el curso de los tratamientos: *“él me dio la noticia pero me dio una solución, él me explicó la solución”*-mujer 5. Con base en lo anterior, también conviene señalar que en el caso de la entrevistada 1, ella difería del resto con respecto a la percepción del apoyo recibido de los profesionales a cargo de su caso, ya que argumentó que en su opinión existe un descuido del acompañamiento por enfocarse en elementos técnicos, procedimentales o hasta económicos de la relación con el paciente: *“es pésimo el acompañamiento, el ajuste emocional es sobre la marcha y aprendizaje”*- mujer 1.

Finalmente, se desea destacar que sí hubo mucho más énfasis de parte de la entrevistadas en mencionar la importancia que tuvo el apoyo provisto de tipo informativo y emocional que percibieron de las profesionales en Psicología a las que acudieron de forma voluntaria algunas de ellas, en tanto les proporcionaron recursos valiosos para el afrontamiento de la infertilidad: *“la terapia psicológica me ha ayudado en muchas cosas (...) estábamos en una etapa de terapia conductual, que la psicóloga me decía que me estaba preparando por si yo me sometía a la reproducción asistida y si me hacía una FIV ella me iba a ayudar para que yo no tuviera tantos temores ni tantas ansiedades a todo el proceso otra vez, porque yo le había dicho que yo no me atrevía a volver a hacerla”*-mujer 6.

➤ *Población Pareja:*

Al respecto del acompañamiento terapéutico, valga destacar que hubo resultados reportados con relación a la percepción de acompañamiento hacia ambos miembros, principalmente por parte de una de las parejas entrevistadas, en relación al trato y apoyo recibido de parte del médico a cargo de su caso, aspecto que no sucedió tan explícitamente en el discurso del resto de parejas con respecto a otros especialistas, es por eso que se presentarán citas solamente de la pareja 3. Sobre la principal información mencionada por la pareja se destacó, la constante percepción de que el tratamiento los involucraba a ambos en decisiones, indicaciones y recomendaciones: *“él siempre nos dijo -cuando yo veo infertilidad yo no veo mujeres, yo veo parejas que quieren ser padres-”*-pareja 3. Igualmente destacaron que su intervención siempre procuró atender varios aspectos que les permitieran disminuir la ansiedad y así como sentirse en control de su tratamiento, no solo como pacientes-pasivos: *“el doctor no nos hizo In Vitro, pero nosotros le pedimos que nos explicara, y nos explicó cómo funcionaba, incluso nos hizo una explicación bioética muy interesante de cómo se da el manejo de los óvulos fecundados, de todos los descartes, y cuáles son los que se ponen y él decía -yo nunca pongo más de dos -yo no voy a ponerle más de dos, en términos de protección de la madre y del bebé-”*-pareja 3.

Asimismo, para esta pareja una importante manifestación de apoyo en el proceso fue la consideración con respecto a los costos del tratamiento, para ellos tal como lo apunta Valladolid (2012) fue importante no sentir que su relación con el especialista estaba en función exclusiva del servicio ofrecido, sino que por el contrario habían acciones que los hicieron sentirse comprendidos y reconocidos en sus dificultades: *“yo creo que él nos hizo varios ultrasonidos gratuitos, porque por eso les digo nosotros rescatamos su ética, no sólo*

por eso, sino porque en carajadas tan sencillas como un ultrasonido que te cobran \$40.000, él decía -no-. Él entendía el proceso en que uno estaba” - pareja 3. En la misma línea de ese apoyo percibido, por medio de gestos de consideración de los procesos de pareja destacaron: “Hombre: él nos dijo [se refiere al especialista en medicina reproductiva], tómense el tiempo que ustedes necesiten, para recuperarse emocionalmente y cuando estén listos para ser papás ustedes pueden volver acá. Mujer: no para ser papás, para empezar a intentarlo otra vez”-pareja 3. Por último, destacaron como gestos que los hicieron sentir apoyados, algunas acciones encaminadas a motivarlos y contenerlos emocionalmente: “recuerdo que él nos imprimió una foto del corazón de la nena, que todavía está ahí pegada, en la refri, como un recordatorio nuestro de que ahí seguía”-pareja 3.

Ahora bien, al menos otra pareja hizo mención de forma somera, de haber percibido apoyo de parte de otra persona especialista involucrada en su proceso de tratamiento, con relación por ejemplo a consejería y asesoría que en algunos casos iba más allá del perfil de su profesión y fue percibido como una manifestación de genuino interés y apoyo: “la doctora [se refiere a la endocrinóloga] siempre lo ha puesto de esta manera -ustedes tienen que ver algo ¿que prefieren ustedes, la relación de ustedes o un hijo?-"-mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja.

Los resultados encontrados en esta categoría teórica reflejan la necesidad urgente de un replanteamiento de los diversos abordajes profesionales que se hacen en una condición multidimensional como es la infertilidad, ya que sea cual sea la profesión que intervenga, llámese medicina reproductiva, psicología, enfermería, psiquiatría, endocrinología, microbiología, entre otros muchos, siempre las personas afectadas requieren y esperan manifestaciones de apoyo e intervenciones que demuestren contención y empatía con sus

procesos, no solo explicaciones de los protocolos de intervención las cuales incluso no siempre son tan claras para los pacientes.

Categoría B: Apoyo percibido de su pareja

Este apartado contempla los comentarios que hombres, mujeres y parejas hacen respecto a la percepción que tuvieron sobre el apoyo social provisto y percibido a través de comentarios y/o acciones de sus parejas en relación a la experiencia de infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

Al respecto de este punto, solamente dos de los hombres admitieron en el discurso, el papel de su pareja en términos de apoyo directo, señalando que es la única persona con las que pueden ser vulnerables emocionalmente, de esta manera, la pareja es referida como la única fuente en quien encuentran un consuelo cuando alguna emoción producto de la experiencia de infertilidad, los desbordó: *“en ese momento de mucha tristeza, cansancio...ansiedad ¿porque no? también, yo dimensiono la situación y dimensiono cuanto me afecta. Y es más yo creo que es la... una de las pocas veces en yo le digo a mi esposa -necesito que me consolés-, porque yo siempre procuraba consolarla a ella, entonces yo en ese momento me sentía pésimo, ella me abrazó y me dejó llorar”*-hombre 3, también se manifestó en el siguiente fragmento: *“lo conversé con ella, nos desahogamos juntos, hablamos juntos y -nos terapiamos- si así se llama”*-hombre 5.

➤ *Población Mujer:*

Los resultados encontrados en la población de mujeres de este estudio reflejan que de forma coincidente con lo propuesto por Sinibaldi (2001, citado en Cienfuegos y Díaz 2011) la

mayoría de las entrevistadas percibieron que su pareja fue su principal fuente de apoyo con respecto al proceso de infertilidad. El acompañamiento que sus parejas les proporcionaron se hizo evidente según las funciones que cumplían para las entrevistadas, las cuales estuvieron dirigidas principalmente a dar apoyo emocional e instrumental (Vega y González, 2009).

En primer lugar, se rescata que al menos en tres de las entrevistadas resaltó la importancia que tuvo el apoyo emocional que les proporcionaron sus esposos a partir del diagnóstico o el tratamiento, en tanto este apoyo les permitió mejorar su autoconcepto posterior a recibir el diagnóstico, también les ayudó a regular sus respuestas emocionales y además se puede argumentar que reforzó sus iniciativas de afrontamiento ante la infertilidad (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 2003). La idea anterior con respecto al diagnóstico se observa en: *“cuando el doctor me explicó eso para mí el mundo se me vino abajo porque estábamos en vísperas de casarnos y fue duro entonces yo salí lloriqueando y le dije a mi esposo que ya no me casaba con él, yo lloraba mucho y entonces él me apoyó mucho y me dijo que no, que él se iba a casar conmigo por amor y no por tener hijos, que los hijos están y ya después se van de la casa y queda uno otra vez, esa es la posición que él siempre ha tenido y que a mí me ha alentado mucho”*-mujer 5, o también con relación a los tratamientos: *“yo llegaba a llorar, y este [se refiere al esposo] era el que me tenía que consolar porque, o sea nadie más, yo trataba de no llorar con nadie más, solo con él”*-mujer 3. En segundo término, se comentó por parte de la mayoría de las mujeres, la importancia que tuvo el apoyo instrumental provisto de parte de sus parejas, en tanto acompañamiento a citas médicas relacionadas al diagnóstico o tratamiento: *“él siempre me acompañó en todo”*-mujer 3, también se observa en: *“por lo general siempre fuimos juntos, muy raras las veces en las que yo iba solita y si yo iba sola él llegaba”*-mujer 4.

Otra forma de apoyo instrumental lo percibieron las entrevistadas en el involucramiento con el tratamiento que tuvieron sus esposos, por ejemplo mediante la compra de medicamentos, el pago de los mismos o de ciertos procedimientos como el aprender y asumir el rol de aplicar las inyecciones hormonales diarias: *“mi esposo aprendió a inyectar tiene una mano increíble, entonces todas las mañanas si él no estaba tenía que venirse del trabajo e inyectarme, como dice él la vida cambió totalmente porque él tenía que salir del trabajo venir e inyectarme a cierta hora o salir de aquí ya inyectada o incluso hemos llegado al trabajo y me inyectaba en la oficina de él”*-mujer 4. Como otro ejemplo, se puede señalar el caso 1 en donde la participante percibió como incondicionalidad, todas aquellas conductas de apoyo instrumental y asistencial que recibió en los momentos más críticos: *“en todo momento, fue incondicional, fue 100% incondicional (...) resumidas cuentas, a él le tocó aguantarse cada una de las sensaciones, sentimientos que pasé, ataques de pánico. Los dolores de la espalda, fue terrible (...) entonces él tuvo que convertirse en mi chofer y en mi ángel de la guarda. Nunca cuestionó, nunca me criticó, cuando me daban los episodios él llegaba y me decía que recordara la terapia -lee las hojas que te mando la doctora-”*-mujer 1.

Finalmente, se desea reportar que el caso 6 presentó una situación contraria a lo expuesto por la mayoría en relación a la falta de apoyo, lo que generó serios problemas de pareja que en su momento llevaron a la participante incluso a considerar el divorcio, según lo comentó en las entrevistas, situación que de acuerdo a la teoría sobre el tema, no es infrecuente en parejas que atraviesan procesos de infertilidad (Dyer et al, 2005, citado en Llavona 2008): *“ese día él me agarró y me abrazó (llora) y me dijo -tranquila nos vamos a quedar usted y yo solos- y para mí fue una puñalada que me dijera eso -nos vamos a quedar usted y yo solos-, yo no esperaba que él me dijera eso, yo esperaba que él me dijera vamos a luchar por esto, vamos*

a ver qué hacemos y no, para mí que él se rindiera tan fácil fue tan duro (...) vea ustedes no saben lo que yo sentí yo deseaba como matarlo (...) no me apoyó en nada, la actitud que él tuvo, de hecho tuvimos muchos problemas por eso porque yo sí le saqué en cara que él no me había apoyado como yo quería (...) íbamos bajando las gradas y me dice -bueno ¿qué? usted tiene la plata para hacer esto porque yo no-, yo me quedé (silencio) fría y se me salieron las lágrimas y todo (...) y venía diciéndome que -¡qué barbaridad!, que es un montón de plata, que ¿de dónde la iba a agarrar yo?, que si yo-. Como si fuera solo mío, - que si yo iba a sacar un préstamo, que si yo esto que si yo lo otro-, y así y tomó una actitud horrible y yo desistí del tema”-mujer 6.

Categoría C: Apoyo percibido de parte de otras personas externas a su pareja

Este apartado abarca los comentarios que hombres, mujeres y parejas hacen respecto a la percepción que tuvieron sobre el apoyo social provisto y percibido a través de comentarios y/o acciones de parte de otras personas externas a la pareja (familia, amigos, compañeros de trabajo, conocidos entre otros) en relación a la experiencia de infertilidad.

➤ Población Hombre:

De acuerdo con las entrevistas, todos los hombres manifestaron la percepción de que sus redes más cercanas los apoyaron, hasta donde ellos y sus parejas les permitieron. Hubo conciencia de que es poco lo que las personas pueden hacer o pueden ayudar en esa circunstancia y además con la poca información que se les brinda o poco espacio que se les permite: “yo creo que sí, hasta donde los hemos dejado llegar sí, porque es donde nosotros queremos que ellos lleguen”-hombre 4. Sobre la pregunta directa si consideraron que el

apoyo recibido fue suficiente o si hubo algo que les hubiera gustado que las personas hicieran para apoyarlos, contestaron todos que se sentían satisfechos con el apoyo recibido.

Algunos de estos hombres, también manifestaron la importancia que reviste el apoyo de jefaturas comprensivas en este tipo de procesos, al ser flexibles con los horarios o ausencias, sin inmiscuirse demasiado pero manteniéndose atentos a la distancia: *“si alguna vez ocupé horas o días para alguna situación, me dijeron -claro no hay problema-, y después con el supervisor con mi jefe, por si alguna vez necesitaba algo, le dije: -esto está pasando para que usted esté pendiente-”*-hombre 4. A su vez, destacaron la importancia de amigos cercanos para poder salir a distraerse (sin necesariamente comentar sobre el tema) con amigos cercanos escogidos, ya que como se expondrá en otros apartados, hay más reserva para discutir el tema con otros hombres.

Se manifestó también, que en algunos de los casos, la familia extendida o de origen representó un soporte o un apoyo económico en muchas ocasiones, cuando el tratamiento excedió el presupuesto estimado o cuando surgieron procedimientos de último minuto, que no estaban contemplados: *“si hubiera sido necesario endeudarnos, pues nos endeudamos o se le pide ayuda a la familia. Gracias a Dios no tuvimos que endeudarnos, logramos administrar el salario y en cierto momento sí recibimos apoyo familiar”*-hombre 3. En el caso de los hombres que vivieron la experiencia de embarazo, post parto y crianza de los hijos, reconocieron que las familias de origen se convirtieron en redes de apoyo primordiales, sobre todo en momentos en que las situaciones excedieron la capacidad de la pareja para encargarse.

Por otra parte, la depresión post parto vivida por el caso 3, fue reportada como una situación no contemplada, para la que el hombre no se sintió preparado, pero en donde se rescató el apoyo de familiares y compañeros de trabajo como redes de apoyo fundamentales que no había activado anteriormente: *“regresé a mi trabajo y yo recuerdo que yo fui y me senté en mi oficina y de casualidad habían dos o tres compañeros muy cercanos y yo hice lo que nunca había hecho que fue sentarme a llorar y llorar y llorar, yo tuve que llegar y decir, - yo tengo esta situación en mi casa y yo ya no puedo asumirla más-”* sumado a *“en cierto momento, yo tuve que dedicarme más a cuidar a mi esposa y casi que dejar a la bebé en manos de mi mamá y mi suegra, que gracias a Dios estaban ahí cerquita”* -hombre 3.

➤ *Población Mujer:*

Mediante los resultados extraídos de las narraciones dadas por la población de mujeres entrevistadas, se ha reafirmado la importancia del mantenimiento de relaciones interpersonales como fuentes de apoyo social que colaboren a prevenir el estrés vivido por el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Una serie de resultados han evidenciado cómo, mediante las diferentes formas y funciones del apoyo social, se puede dar desde la facilitación de la expresiones de emociones hasta el proporcionar recursos valiosos para el afrontamiento de la experiencia de manera que resulte menos amenazante (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 2003). Como ejemplos de esto, se encontraron evidencias que sugieren las formas de apoyo que experimentaron las entrevistadas en las diversas poblaciones de su entorno de acuerdo a funciones específicas.

Con relación al apoyo emocional de parte de la familia, se pueden rescatar las manifestaciones de apoyo a la iniciativa del tratamiento: *“apoyo total como de –jyyyy que*

bonito!, ¡qué ilusión!, queremos ver un bebé en la familia-, entonces más bien un súper apoyo de las familias de nosotros”-mujer 7, o también se puede notar en la contención emocional en situaciones de crisis: “yo quería alguien como que se sentara conmigo y me dejara llorar horas. Y eso lo hizo mi mamá un día, que yo lloré nueve horas seguidas, hasta que me dolían los ojos de tanto llorar”-mujer 1.

Asimismo, en el acompañamiento emocional destacó el apoyo percibido por las entrevistadas de parte de sus círculos de amistades: *“mi mejor amiga no podía comprenderme por como yo estaba reaccionando pero me decía -¿usted quiere ser mamá?, entonces pelee por ser mamá-. Ella me decía que luchara y no me diera por vencida”- mujer 1, la misma idea se encuentra en: “sí hubo sus momentos fuertes verdad, que uno lógicamente hace su duelo y tenés que hablarlo y nosotras creo que las mujeres, bueno por lo menos yo con mis amigas”- mujer 7.*

También hubo manifestaciones de acciones relacionadas con formas de apoyo de corte valorativo, en tanto les permitieron a las participantes percibir que contaban con el apoyo de algunos miembros importantes de su entorno, lo que las hizo sentirse acompañadas: *“no recuerdo bien qué me dijeron porque eso fue hace mucho, lo que yo sí sé es que ellos me han apoyado mucho, mi papá es uno que siempre trata de andar inventando paseos raro, yo siento el apoyo de él por ese lado de que él me invita a mí a andar paseando como para uno andar despejado (...) él siempre me toma en cuenta para esas cosas, a mí y a mi esposo”- mujer 6.*

Asimismo, lo que prevaleció de parte de otras personas externas a la pareja fue el apoyo de tipo instrumental según lo compartieron las participantes, lo cual para ellas que se vio

manifestado por ejemplo en apoyo económico: *“en la casa nadie sabe que yo estoy luchando con esto, solo mi papá (...) yo llamo a mi papá y ahí frente al doctor lo llamé y le dije que si me podía depositar dos mil dólares y me dijo que sí y yo se los pagué al doctor”*-mujer 6. También se podría considerar que fue instrumental aquellas consideraciones de pensar en opciones de tratamientos alternativos que pudieran ayudar en la situación: *“mi papá (...) ayer me dijo por cierto que nos había traído un jarabe y unas pastillas porque andaba allá en Paraguay y supuestamente algo que me tomara, una tribu, hierbas”*-mujer 7, o también mediante acciones concretas de asistencia: *“mami y mi suegra se turnaban para cuidarme”*-mujer 6.

Ahora bien, del mismo modo que se plantearon las formas de apoyo obtenidas por la participantes de su red más cercana de familia y amistades y partiendo de que el lugar de trabajo es quizás el espacio en donde más horas al día se invierten, no podría faltar reportar las positivas formas de apoyo valorativo que obtuvieron la mayoría de las entrevistas de sus diversas jefaturas y empresas :*“en este periodo de los tres años que yo llevo esto yo tuve mi primera jefe que fue un amor, ella vio los pincelados de esto cuando me descubrieron el primer quiste, ella -no ándate a todo lo que tengas que hacer-, luego vino otro sí se enteró de todo fue un apoyo en la parte laboral, que yo no me sintiera estresada porque tenía que ir a una cita, -yo le decía tengo que irme porque...- y me decía -jale, jale, jale, y ¿cómo te fue?-"*-mujer 6, lo mismo en: *“mi jefe fue lo máximo, él fue súper, él fue incondicional -lo que usted necesite-, él estaba súper, súper metido del tratamiento”*-mujer 1, también se observa en: *“mi jefe es súper abierto y anuente, me dice que me vaya a hacer los exámenes que necesite, no se preocupe”*-mujer 2. De forma similar a lo manifestado anteriormente, algunas de las entrevistadas, indicaron sentirse también muy apoyadas por sus compañeras y

compañeros de trabajo: *“mucha gente sabía que yo estaba en eso entonces más bien me apoyaban, yo me sentía bien por ese apoyo verdad”*-mujer 7. Bajo esta misma premisa, se quiere destacar que en el último trabajo de la entrevistada 7, no se presentó el mismo escenario por lo que se hizo indispensable compartirlo para ejemplificar los alcances que puede tener una falta de soporte en esta área tan importante de la vida: *“inclusive si me jefa me hubiera apoyado diferente, no sé, no sé de pronto yo todavía estaría ahí y haciéndome el tratamiento, porque lograba hacer como ese balance pero tal vez es donde no sentía apoyo o yo dije no, menos, o sea más me voy”*-mujer 7.

Estos aspectos son importantes ya que, la mayoría de las mujeres reportaron haberse sentido acompañadas y apoyadas por su equipo de trabajo, desde sus jefes hasta sus compañeros y compañeras; de quienes además recibían espacios de escucha y contención, pero sobretodo de mucho respeto sobre su condición; fueron pocas las experiencias no tan positivas que alguna de ellas experimentó en este sentido. Esto adquiere relevancia, en tanto se compara con lo expresado por la población masculina, quienes reconocieron en su mayoría no sentir la necesidad de buscar intencionadamente o recibir inesperadamente, atenciones de parte de su esfera laboral.

También se quiere indicar que según lo reportado por las entrevistadas, ellas también se sintieron apoyadas con respecto a conocer que existen otras personas como ellas, que atraviesan la misma situación con respecto a la infertilidad, lo cual en análisis de las investigadoras certifica algunas de las interpretaciones que estas han hecho de su experiencia, además de eliminar la sensación de anormalidad que socialmente se asocia con todas aquellas condiciones o enfermedades que se consideran infrecuentes: *“me ha ayudado mucho saber que hay gente que pasa por lo mismo o que pasan por cosas más complicadas”*-mujer 4,

asimismo se observa en: *“yo me acuerdo que a mí sí me dijo esta doctora a la que yo le tenía mucha confianza, que ella se hizo y pasó por tres fertilizaciones In Vitro, y ella me dijo -tienes que prepararte, tienes que estar tranquila-”*-mujer 7, y también en: *“tengo muchos compañeros con situaciones relacionadas a no tener hijos, en la oficina solo dos personas sí tienen hijos. Tengo algunas compañeras que han querido tener hijos y no han podido”*-mujer 2.

Finalmente, después de todo lo compartido en este apartado respecto a las redes de apoyo es importante mencionar que del mismo modo que se presentan muchos ejemplos de formas de soporte, también hay que dejar plasmado que no siempre existen conductas de aprobación o de soporte de parte de todos los miembros de la red social de las personas, algunas veces por convicciones personales de tipo religioso o bioético que son incompatibles con las bases mismas de los tratamientos de infertilidad o algunas otras porque las personas afectadas no lo quieren o no lo permiten.

➤ *Población Pareja:*

Existen reportes variados con respecto al apoyo percibido y provisto hacia las parejas entrevistadas, entre esos puede mencionarse el papel de las familias como parte de esa red que acompañó a ambos miembros. Moreno-Rosset (2009) señala que las familias suelen ser fuentes importantes de ayuda y apoyo, al ser habitual que las parejas comenten el deseo de embarazo y este se convierta en un motivo de alegría común o incluso un proyecto común, sin embargo en el caso de la mayoría de parejas entrevistadas no sobresalió ese tipo de apoyo emocional de parte de las familias, por el contrario hubo quienes mencionaron que incluso la forma más clara de apoyarlos era no hacer muchas preguntas sobre el tema, evitar ciertos

tópicos de conversación, es decir, no sobreinvolucrarse en un proceso que se percibe como íntimo de la pareja: *“el apoyo ha sido como muy preferiblemente no le preguntamos nada y preferiblemente no le decimos nada”*- mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja, también se reportó en: *“prácticamente todo el mundo lo sabe, considero que mi familia son como muy discretos obviamente y son como muy cuidadosos en eso entonces tratan de no hablar como muchos temas de hijos o ese tipo de cosas”*-mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja.

Hubo reportes de otra forma de apoyo de parte de la familia más de tipo valorativo, por ejemplo: *“el único que me dijo fue mi hermano el psicólogo -mi amor si usted quiere yo voy con ustedes y hacemos todo y yo le enseño a manejarse en el aeropuerto- y nos llevó al aeropuerto y todo el asunto y no pudo viajar con nosotros porque tuvo que trabajar pero él iba a viajar con nosotros a Panamá, fue el único como que así yo sentí que -vamos para adelante y en lo que yo pueda ayudarte le damos-”*-mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja. Además sí se reportó de parte de al menos tres de las parejas entrevistadas el rol de la familia en cuanto a apoyo instrumental por medio de ayudas económicas, o al menos la percepción de que podían pedirlo en caso de necesitarlo: *“Hombre: afortunadamente en ese proceso todo el mundo estuvo muy de lado nuestro, apoyándonos, pero y es que era una carga en todos los sentidos era una carga emocional súper difícil (...) Y otra parte que fue muy complicada en la que sí recibimos apoyo, fue en la parte del tratamiento de mi esposa en la parte de depresión post parto, recibimos apoyo económico para poder llevar adelante eso porque, se los voy a poner así, algo que no tomamos en cuenta y sí nos complicó un poco fue la lactancia que ayuda en muchas cosas, en salud, a la mamá para acomodarse físicamente con las hormonas y ayuda económicamente (...) Mujer: Yo diría que antes de*

pedir un préstamo o algo, la familia es lo que uno piensa de primero. Hombre: Nosotros sabíamos que si ocupábamos ayuda le podíamos decir a la familia”-pareja 3.

Asimismo, al menos algunas de las parejas entrevistadas reportaron la importancia del apoyo que las redes de amigos proporcionaron a la pareja, tanto en apoyo emocional: *“Hombre: los amigos fueron incondicionales. Mujer: ellos estaban súper involucrados en el proceso, entonces un día nos reunimos a tres días de yo hacerme la tercera inseminación, nos reunimos porque era el último día que podíamos reunirnos solteros y sin estar embarazada, todos como muy positivos, como a celebrar que yo me iba a hacer la inseminación, eso fue para la tercera inseminación. El sábado de la celebración inventamos que fuéramos todos juntos a Cartago a pedirle a la negrita, entonces nos fuimos todos juntos, en la misma caravana nos fuimos todos. Todo como un ritual de despedida, porque ya después iba a estar embarazada y ya no iba a poder hacer eso”-pareja 1,* como también en apoyo valorativo-instrumental, al haber aportado mediante acciones concretas de ayudas económicas o en especie como forma de expresar su acompañamiento en momentos complejos del tratamiento: *“Mujer: nosotros pasamos momentos difíciles, nuestros mejores amigos, el regalo de navidad de ellos, fue que vinieron como con cuarenta bolsas de Walmart ese fue el regalo de navidad, vinieron cargados de pañales y wipes. Ellos han sido incondicionales. Dios le pone a uno a veces ángeles y no ángeles espirituales, a veces son así. Hombre: fue de las veces que a mí me han sacado lágrimas” -pareja 1.*

Para finalizar, en el caso de la pareja 3, para los cuales su fe demostró tener un lugar fundamental en sus vidas, también reportaron haber recibido hacia ambos el apoyo de miembros de su Iglesia, tal como se ha venido reportando a lo largo de esta memoria: *“recibimos la visita de nuestro pastor, porque nosotros lo solicitamos”-pareja 3.* Respecto a

este tipo de resultados, uno de los aprendizajes de esta investigación ha apuntado a que resulta imprescindible para un abordaje profesional e integral en la intervención en procesos de acompañamiento en infertilidad, considerar que dependiendo de las características de cada pareja se debe responsablemente indagar cuáles son las redes de apoyo que se requieren activar, además de las tradicionales como la familia y los amigos.

Categoría D: Apoyo brindado a su pareja

Esta categoría teórica se refiere a todos los comentarios que hombres y mujeres hacen respecto la percepción que tuvieron del apoyo social brindado a sus parejas a través de comentarios y/o acciones en relación a la experiencia de infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

Como parte de los apoyos brindados a la pareja, varios de los hombres se otorgaron el deber de protegerla de la propia culpabilidad o responsabilidad por el diagnóstico: *“entonces probablemente sí, cuando estamos conversando, de alguna manera trato de protegerla a ella de que no sienta eso, o cuando hay una pregunta o cuando conversamos, inclusive cuando vamos al doctor, que no sienta jamás, que en algún momento yo digo: -ah es que es culpa suya-”-hombre 7*, en estos casos reiteradamente expresaron que fue importante para ese cometido, el asumir el diagnóstico de infertilidad como de pareja.

Conviene destacar que de acuerdo a lo expresado por los participantes, las conductas asumidas estuvieron divididas entre aquellos hombres que tuvieron un acompañamiento emocional más activo, los cuales prestaron especial énfasis en estar disponibles para dar soporte afectivo para su pareja, y en los hombres que su apoyo estaba más enfocado al

acompañamiento a citas médicas, aporte económico, aplicación de tratamiento como las inyecciones entre otros más instrumentales.

Asimismo, como una estrategia de apoyo, se manifestó la búsqueda de atención médica o psicológica: *“yo me pongo en el campo de ella, no la comprendo, no la entiendo pero voy a ayudarle a que un especialista la vea (...) Yo la lleve a psicólogos y hasta un psiquiatra, porque yo no comprendía, yo no podía ayudarla”*-hombre 1. Para las investigadoras se hizo evidente que algunos hombres pueden apoyar a su pareja, pero presentar incomodidad al lidiar con emociones como la tristeza y las necesidades emocionales de ella, ya que existe una tendencia a enfrentar los aspectos prácticos o instrumentales y a evitar el lado emocional tanto de su pareja como de ellos mismos.

En al menos dos de los casos entrevistados, estos hombres se percibieron a sí mismos como la persona con la labor de mantener un equilibrio en la relación, específicamente designados para mantener a la pareja sana, feliz y ecuánime durante el proceso: *“puede ser que yo me mantuve constantemente pendiente de mi esposa, creo que yo me decía: -la que ocupa ayuda es ella, no yo-. Entonces yo necesito estar muy fuerte para que ella tenga un sostén y de alguna manera creo que hacía una introspección, así una retrospectiva y yo trataba de mantenerme siempre a la par de ella, siempre en todo momento. Y ella puede decir que yo solo falté a una cita médica de todas, falté a una, tal vez 2, porque yo creía que yo necesitaba estar constantemente a la par de ella y ella así me lo manifestó. Entonces yo no tenía el tiempo creo yo de cuidarme, ni sentía la necesidad; durante mucho tiempo fue así”*-hombre 3.

Por otra parte, debido al estrés que conlleva un embarazo de fertilidad asistida, el estrés no cesa al terminar el tratamiento, los dos hombres de este estudio que experimentaron la paternidad, coinciden en que por el contrario, se entra en la etapa de embarazo y post parto, las cuales son épocas que se viven llenas de ansiedad, que se disfrutan poco y que son incompatibles con el ideal social de embarazo, sobre todo cuando son embarazos múltiples tan frecuentes en los tratamientos de infertilidad: “*entonces, cuando ella estaba embarazada, sí fue un embarazo bastante, bastante fuerte porque sí, como ella dice, los primeros meses era Gravol todos los días, luego yo tenía que bañarla, tenía que ir al baño con ella, porque ella se agarraba la pancita y no tenía otra mano para enjabonarse. Luego el doctor le mandó cama-baño, cama-baño*” -hombre 1, representado también en “*durante el embarazo, yo tenía que hacer un esfuerzo constante, diario, a cada cierto tiempo, para mantenerla a ella, no sé, ¿agradable?, tenía que decirle: disfrute los tés de canastilla, pintemos el cuarto de la niña, yo te armo la cuna, yo te armo el cosito, lávale toda la ropa, tomate una foto con toda la ropa lavada (...) constantemente, llamando su atención o tratando de enfocarla en otra cosa.*” -hombre 3.

➤ *Población Mujer:*

Con respecto a los resultados de la población de mujeres entrevistadas, la presente categoría tiene la particularidad de que reportó resultados únicamente para el caso 2, lo cual tiene relación en el hecho de que fue el único caso de los siete entrevistados, en donde el factor de infertilidad es de origen masculino lo que sugiere la razón por la que además la mujer fue la única que se percibió a sí misma como la principal fuente de apoyo de su esposo y no viceversa como sugiere el relato del resto de las entrevistadas.

En este caso en particular, la forma en la que ella percibió apoyar a su pareja iba dirigida a tres ejes fundamentales, el primero de ellos en términos de solidaridad al compartir el diagnóstico como un asunto de pareja, sin depositar la responsabilidad solo en él: *“yo el diagnóstico de él yo lo hice mío, o sea nosotros somos uno, verdad. Entonces, yo le digo eso es indiferente, cuál de los dos es el que no puede, a lo último es el mismo resultado, el orden no va a afectar el producto. Y yo le digo a él, ósea es el mismo resultado, o sea independientemente de si seas vos o sea yo, ahorita no podemos tener hijos”*-mujer 2. En segundo lugar, en referencia representar un papel de fortaleza emocional que le permitiera asumir un rol de búsqueda de resolución de las eventualidades: *“yo creo que yo fui fuerte como, muchísimos años para poder apoyar a mi esposo, decirle -mirá todo está bien, nada pasa-”* -mujer 2. Y en tercer lugar referido a mantener discreción ante la sociedad sobre el origen del diagnóstico: *“pero yo creo que si uno realmente, uno ama a su esposo o a su pareja jamás lo voy a poner a ridiculizar más que es un tema sumamente sensible. Ni delante de la gente, ni delante de la familia, ni delante de la sociedad, ni de nadie”*-mujer 2.

❖ Familia 3: Duelo

Diversos autores, incluidos Riquelme (2006) consideran que la pérdida de la capacidad reproductiva constituye un “duelo existencial”, ya que como se ha mencionado antes, frecuentemente la fertilidad se presupone y se considera como una capacidad inherente al ser humano. Por tanto, la vivencia de un diagnóstico y tratamiento por infertilidad, desde el punto de vista psicológico implica pérdidas del control de múltiples aspectos de la vida y sus respectivos duelos para cada persona que lo experimenta, las cuales pueden ir desde la pérdida de la continuidad genética, hasta la pérdida de la posibilidad de poder tener un hijo con la pareja escogida.

Para Arce (2011) estas pérdidas se viven en diferentes fases o momentos, que inician cuando el embarazo no ocurre cuando se suponía, lo que lleva a la sospecha de necesitar la consulta con un especialista, y que se complejiza además con la confirmación del diagnóstico que implica el requerimiento de incluir a terceras personas en la intimidad de la pareja “se realiza un duelo por la fecundación pérdida y/o por la reproducción espontánea, y que decir sí se precisa la intervención de terceros (...) produciéndose entre otros, el duelo por la paternidad/maternidad biológica” (Giménez, 2012, p.4). Entonces, es a partir de ese diagnóstico, que estas personas afectadas se adentran en un primer proceso de duelo, que tiene la particularidad de surgir de un sentimiento de pérdida de algo que existe únicamente en el anhelo individual como parte de un proyecto de vida personal o de pareja; es por tanto una pérdida de algo invisible: la certeza de tener hijos cuando así se decida, un duelo por la fertilidad perdida “desaparece la fertilidad, que, sin ser algo tangible tenía forma en la mente de la pareja, en su construcción de familia con hijos, en su idea de futuro, en su planificación familiar, en sus deseos y en sus sueños” (Moreno-Rosset, 2009b, p. 44).

Aunado a esto, en un segundo momento o fase ya inmersos en los tratamientos, las personas vuelven a vivir otras pérdidas cuando se suceden los ciclos de tratamiento y no resultan exitosos, por cada ciclo de tratamiento que falla puede existir la urgencia de guardar luto, proceso que muchas veces se ve interrumpido o impedido por la misma naturaleza de los procedimientos, que casi que inmediatamente requieren de otra ronda de tratamiento. Sumado a estas y como si no fuera poco, las personas se exponen a vivir las pérdidas anotadas como las más significativas, que son los duelos de los tratamientos que fracasan o por los abortos a repetición tan frecuentes en este tipo de tratamientos, duelos por esos embarazos que se dan pero que no llegan a término. En esa segunda fase, la elaboración del duelo se

hace más difícil pues “se trata de la pérdida de la idea o ilusión de un hijo(a) que nunca se ha concebido, ni se conoce, ni se ha visto, ni nunca nació, es por esta razón que se considera que los duelos por la infertilidad posee características diferenciales con respecto a otros duelos, ya que se duela un deseo, una ilusión, y no algo que se tuvo y luego se perdió, sino es algo que nunca existió” (p.11).

Valga señalar, todas estas pérdidas pocas veces son anticipadas por las personas afectadas y a pesar de ser bien documentadas en las vastas experiencias clínicas, es poco frecuente que sean informadas por los equipos terapéuticos, para evitar ansiedad por anticipación en los pacientes. En suma, estos procesos generalmente no son acompañados ni social, ni profesionalmente de la misma forma que se da la contención frente a la pérdida de un ser querido, sino que quedan entendidos como parte de los procesos “normales” de los tratamientos o en dado caso son considerados únicamente como la pérdida de un proyecto de vida potencial, restando de esta forma atención a sus implicaciones.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, es que las investigadoras definen la presente familia teórica como todos aquellos procesos de adaptación emocional que debe hacer el hombre, la mujer y la pareja al darse cuenta que no será capaz de cumplir el deseo de concebir de forma natural, al ser diagnosticado con infertilidad y/o tras haberse realizado un tratamiento que no funcionó y/o un embarazo que se interrumpió, de modo que se imposibilita tener el hijo deseado y asumir por ende el rol materno o paterno. Se debe explicar que para efectos de una mayor comprensión, esta familia teórica está compuesta por tres categorías: Duelo por pérdida de la fertilidad e imposibilidad de la maternidad y paternidad, Duelo por tratamientos fallidos y Duelo por pérdida del embarazo, los cuales tratarán de

abarcar las diferentes cogniciones, emociones y conductas expresadas por las y los participantes de acuerdo a las diferentes etapas experimentadas.

Categoría A: Duelo por pérdida de la fertilidad e imposibilidad de la maternidad y paternidad.

La primera categoría teórica abarca los procesos de adaptación emocional que experimentan las mujeres, los hombres y las parejas entrevistadas a partir del diagnóstico que reciben de infertilidad, lo que conlleva la percepción de pérdida de la capacidad que creían innata de poder tener hijos por medios naturales y por consiguiente la pérdida de la posibilidad de experimentar una maternidad o paternidad de forma natural, ya sea deseada o no.

➤ *Población Hombre:*

En relación a la pérdida de la fertilidad, se debe hacer énfasis en el caso 2 que a pesar de no haber tenido la participación directa del hombre en las entrevistas, se ha explicado de sobra anteriormente, tiene una importancia sobresaliente en este estudio, debido a que fue el único caso de la población entrevistada en donde el factor de infertilidad es de origen masculino. Por tanto, a través de la narración de su esposa se pudo rescatar el proceso de duelo que su esposo debió enfrentar ante su propio diagnóstico, ante la pérdida de su fertilidad y las implicaciones que tenía con respecto a la relación de pareja: *“entonces él me dijo, -no la pura y franca verdad ya decidí inyectarme la testosterona, porque ya probablemente el problema mío ya no va a cambiar, ya he luchado muchísimos años ya-. Entonces yo creo que es como una etapa más de aceptación. Él me dijo, -yo tengo que aceptar que no, que mi condición no va a cambiar y que yo tengo que estar bien con usted y que yo tengo que cuidar mi matrimonio, yo prefiero tener una esposa, tener una pareja, tener una familia, porque*

nosotros dos somos una familia a un día tener un hijo, porque ¿qué gano yo teniendo un hijo si ya no tengo una esposa?-”-mujer 2.

Asimismo, existen en estos hombres otras pérdidas que pusieron en riesgo o les negaron la posibilidad de concretar su paternidad, algunas veces muy esperada y en otros no. Independientemente de ese último criterio, hubo reportes de que en los casos 3 y 5, los hombres experimentaron reacciones consistentes con el proceso de duelo, al conocer que algunos de sus amigos, compañeros de trabajo, conocidos o incluso extraños lograban la paternidad de forma natural, esas experiencias estuvieron marcadas de un sentimiento de fracaso y desesperanza: *“yo digamos veo a un peón de construcción y yo digo puta manda huevo este mae tiene un hijo y yo no, o sea, por la calle veo caminando a una señora con un montón de chiquitos y yo digo puta ella tiene ese montón de chiquitos y ¿por qué yo no?”*- hombre 5, también se expresó: *“Y lo tengo muy muy claro, fue como un cuadro de esos que le patean a usted la cara y esa niña con ese papá era una idealización de lo que uno quiere”* -hombre 3.

De igual manera, para aquellos hombres, en donde las posibilidades de la paternidad empezaban a parecer menos probables debido a los fracasos consecutivos de los tratamientos, fue evidente para las investigadoras que existió una pérdida por la posibilidad de la trascendencia, que estaban caracterizados por miedos asociados al propio futuro: *“a veces le da uno miedo llegar a ser viejo y no tener a nadie, no tener ninguna descendencia o alguien que lo cuide a uno, que se preocupen por uno después, o bueno no tener nunca nadie por quien preocuparse, tal vez por eso me preocupo tanto por mi esposa, ella es mi mayor preocupación, si tuviera un hijo me estaría preocupando por mi hijo, no sé, eso sí son como miedos que hay ahí”* - hombre 7.

Por otra parte, aunado los duelos personales, también hay una referencia por parte de la mayoría de los hombres involucrados, de la pérdida relacionada con la imposibilidad de ver a su pareja convertirse en madre, es decir también en los hombres hay un duelo por la maternidad, que compromete el poder ver a su pareja desempeñar algunos roles esperados socialmente, una pérdida acompañada de una frustración de no tener la capacidad de darle un hijo: *“verla a ella cuando nosotros vamos a un supermercado y está el pasillo de bebés y ella que quiere entrar ahí a vinar, que quiera ver juguetes o alguna cosa, diay a mí me duele que ella quiera entrar ahí”* -hombre 5.

➤ *Población Mujer:*

Respecto a la presente categoría, las investigadoras indican que quizás el primer duelo más evidente de un proceso de infertilidad, tal y como se reportó en los resultados, se dio a partir de la percepción que tuvieron las entrevistadas del diagnóstico como una afirmación de haber perdido su capacidad fértil, la cual en estas mujeres al igual que lo reportado en investigaciones sociohistóricas, es considerada intrínseca y por tanto determinante del ser mujer, tal y como se detalló en la familia "Impacto en el Autoconcepto". Tomando en consideración lo anterior, se reportan algunas frases comentadas por las entrevistadas, que reflejan reacciones consistentes con un proceso de duelo en relación a la percepción de la infertilidad como pérdida: *“llegué a la casa y me senté en el sillón y lloré y lloré y lloré como por tres horas y yo le dije -mi amor tengo una enfermedad, una endometriosis grado cuatro-, no fui muy técnica para hablarle, -no puedo tener hijos- y me eché a llorar y llorar (...) yo creo que así se siente cuando uno pierde un papá o una mamá, porque yo nunca he sentido lo que es perder un ser querido cerca”*-mujer 6. De forma similar se encontró la misma idea en: *“entonces ya volví a ver otro doctor diferente y entonces él me dijo hágase exámenes, me*

vuelvo a hacer exámenes y ya no hay nada que hacer, él me dijo -usted tiene que aceptar que usted no va a producir más óvulos- (...) uno siempre piensa que tiene relaciones y va a quedar embarazada y de repente pasa de que no es tan fácil, y uno dice –¡qué frustrante!, no es tan fácil-, hay personas que sí lo hacen, que les pasa como nada”-mujer 5.

Por otra parte, algunas de las entrevistadas además, compartieron sus experiencias en referencia a la adaptación emocional que vivieron en torno a la incapacidad de concretar la maternidad. Estos procesos fueron caracterizados por las participantes como pérdidas de la posibilidad de experimentar algunas etapas muy esperadas que iban desde rituales sociales hasta anhelos personales contruidos en torno a la posibilidad de ser madres: *“al principio fue sumamente duro, porque pues, usted está con la ilusión, verdad, de querer tener sus hijos, más cuando ya has cumplido como ciertas metas (...) nosotros ya hemos ido haciendo todas esas cosas, y nosotros decíamos bueno el bebé, ahora él bebe. Y saber que hoy por hoy no se puede, entonces es difícil (...) o sea no sólo el hecho de no poder tener hijos, sino el ver a la gente embarazada, más cuando uno ya tiene una edad en donde todos tus amigas tienen hijos verdad, donde la mayoría a tus amigas ya que se casaron y tienen hijos”-mujer 2.*

También la segunda idea más relacionada a fantasías previas sobre la maternidad, puede ser observada en: *“yo soñaba, no sueño, no aba, creo que estoy en un limbo entre el aba y el o, en cómo decírselo a mi esposo [se refiere a su anhelo de haberle dado la noticia de un embarazo] que le iba a preparar una situación X, Y y Z, y fantaseaba con eso. Fantaseaba con arreglar el cuarto, con traerme a mi hermana y que me ayudara a pintar el cuarto, soñaba con dar de mamar, con sentir lo que era poner el pecho y que me doliera el sentir de dar de mamar. Voy a decirles algo muy personal soñaba con restregarle en la cara a mi suegra y a mi cuñada lo que era ser una buena mamá [llora] (...) me encantaban los hombres*

y tengo en mi computadora en letra cursiva siete u ocho nombres con los apellidos a la par, ya tenía los nombres ya sabía cómo podían llamarse, fuera hombre o fuera mujer ya tenían nombres, ya tienen nombres, mis hijos sí tenían nombre”-mujer 6.

Aunado a esto, sobre el mismo aspecto relacionado a la imposibilidad de experimentar ciertos rituales sociales también se encontró: *“uno sale de tiendas y -¡ayy!, que cosas de bebé y ¡qué lindo!- pero entonces no puedo comprar porque di no puedo [llora] y no me voy a poner como una loca a comprar cosas de bebé si no [risas y llanto] es como una cosa rara porque uno piensa, se ilusiona pero con cierto cuidado (...) di pero no me voy a poner como una loca ahí a comprar cosas”-mujer 7.* Cabe indicar que en este caso en particular, sobresalieron las reflexiones de los casos 2, 6 y 7 lo que en análisis de las investigadoras potencialmente se debió a que por las particularidades de sus historias de diagnóstico y tratamiento, eran quienes habían llegado a procesos más adelantados de asimilación o contemplación de la posibilidad de no poder lograr tener hijos biológicos.

Por otra parte, también se considera fundamental exponer que al igual que se notó en la población masculina de este estudio, al menos dos de las mujeres entrevistadas a las que los especialistas les indicaron un tratamiento con espermatozoides donados, expresaron ideas que sugieren a las investigadoras que sumado a los duelos personales antes descritos, también hay procesos de duelo por la imposibilidad de la paternidad de su pareja o al menos relacionados con el poder concretar la maternidad con material genético de la persona que ellas escogieron como compañeros sentimentales: *“a razón de decir, lo que quiero es ser mamá, diay hasta busco un amigo, y le digo -mirá mae, sea mi donante-, pero ese no es el punto, el punto es decir, siempre quise tener una familia y siempre quise tener un hijo de mi esposo, verdad no, no es tan fácil como decir, ay si mirá, hagámoslo con un donante”-mujer 2,* lo mismo fue propuesto

en: *“el mismo doctor me dice, él es así, él molesta -yo te busco uno, el que tú quieras, como tú quieras- [se refiere a un donante] y entonces molestando yo digo, no necesariamente, ósea, no es tanto el hecho de llevarlo, de cargarlo, yo diría que es más la relación (...)obviamente sería súper lindo, saber que lo tenés ahí y que se mueve. Por lo menos para mí, pesa más la relación, porque yo no me imagino, es que no, [empieza a llorar] para mí el papá de mis hijos es mi esposo”-mujer 7.*

Después de todo lo expuesto anteriormente se desea reportar que en el análisis de los relatos de las participantes, se encontraron reacciones emocionales consistentes con lo propuesto por la teoría sobre los procesos de duelo, las cuales eran dirigidas respecto a sí mismas, al entorno o incluso hacia Dios, de forma consistente con lo que plantean Miaja y Moral de la Rubia (2016). Por ejemplo, con respecto a la predominancia de la tristeza: *“sí, totalmente [silencio] diay una tristeza que siempre llevo ahí adentro [se le quiebra la voz] es como acordarse cuando a uno se le muere alguien, cuando uno tiene una pérdida es ese sentimiento, y es un sentimiento que siempre va a doler (...) yo siempre lo he llevado ahí es como un luto yo sé que ahí está la mala noticia, que existe y que ahí siempre va a estar (...)creo que es di esto es una cruz que yo llevo, porque es como un luto, como un sufrir que ahí está, ahí adentro (...) si cuando veo una chiquita machita de ojos celestes yo digo –¡ayy, seguro así sería la mía!- y es como eso nada más, algo ahí como que me da una tristeza”-mujer 5.*

Asimismo, con relación a la ira y el resentimiento: *“yo creo que el sentimiento de enojo, es un sentimiento que se lleva durante todo el proceso. Que uno dice, ¿cómo es posible, porque esto me tiene que pasar a mí? ¿Cómo es posible que fulana tenga tres, siete, equis cantidad de chiquitos y yo no? ¿Cómo es posible que a mí me hayan costado tanto las cosas? Yo creo que es un sentimiento con el que uno aprende a vivir”-mujer 2. Lo mismo se puede ver en:*

“mi cuñada me dijo que estaba embarazada y yo sufrí mucho, yo lloré y yo decía -es que eso no es justo, porque ellos no querían tener hijos todavía y ya Dios les mandó un hijo y yo que deseo un hijo con todo mi corazón, ¿por qué Dios no me lo manda?- Y yo sufrí y lloré mucho y me dio rencor y me dio cólera y me dio frustración, de todo (...) a mí, a mí me enseñaron que uno tiene que ser un buen papá entonces ¿para qué a uno le enseñan esas cosas si uno no va a ser papá?. Eso es lo único que a mí me duele que a uno le enseñan que así va a ser la vida y la vida agarró para otro lado y no me enseñaron qué hacer para agarrar para el otro lado o sea he tenido que aprender a nadar”-mujer 5.

En virtud de lo anterior, se quiere retomar el tema del conflicto que manifestaron seis de las siete entrevistadas con respecto a los sentimientos de aversión, envidia e ira hacia otras mujeres embarazadas, una idea que fue planteada indirectamente también como estrategia de afrontamiento de evitación en relación a la participación en *baby showers* o tés de canastilla. Sin embargo, las investigadoras desean destacar que en la población entrevistada, este tipo de reacciones no solo se limitaron a circunstancias sociales tan específicas, sino que también alcanzaron a generar sentimientos que según el análisis de este trabajo coinciden además con los procesos de negación típicos en el duelo: *“yo estuve adversa a las embarazadas como desde julio del 2012 como hasta octubre me duró tres, cuatro meses. La psicóloga decía que era parte de mi luto, yo estaba en un proceso de luto, yo no quería saber nada de eso en ese periodo y ni siquiera pensaba si era que iba a estar así siempre. Simplemente en ese momento, yo no quiero ver una embarazada no quiero ver un coche, no quiero ver un bebé. Y tanto así que mi esposo me sacó de San José”-mujer 1.* Una idea similar se encontró en: *“el hecho de salir a caminar a pasear la perrita y ver mujeres embarazadas y que eso te genere rencor y hasta amargura, eso hasta pereza da de salir a caminar, porque es chocante,*

no se disfruta todo igual (...) como aquí queda una clínica, a veces pasan muchachas embarazadas, chiquillas de 16-17 años, y yo en carro me ponía a llorar, llegaba y que le decía a mi esposo -es que no es justo, o sea nosotros somos un matrimonio bueno, tenemos ya un hogar para para nuestro bebé y afuera hay gente irresponsable teniendo sexo, de forma irresponsable y se quedan embarazados y gente que no está preparada- y a mí se me generó un rencor”-mujer 3. Al respecto de esto, se desea plantear que las investigadoras indagaron con las mujeres 1 y 3, las cuales consiguieron la maternidad producto de los tratamientos de reproducción asistida, si cuando ellas lograron también el embarazo dejaron de sentir esas reacciones por otras mujeres a lo que ambas respondieron afirmativamente: “inmediatamente, yo ya me sentía parte de la sociedad élite de las embarazadas”-mujer 1.

En la misma línea, interesa hacer constar que solamente en uno de los casos entrevistados, no se presentó este tipo de reacción, sin embargo cuando se le cuestionó directamente sobre si había tenido este tipo de emociones la participante explicó que no, que por el contrario ella disfrutaba de celebrar con otras mujeres: *“no a mí me encantan las embarazadas, más bien soy como indiscreta, yo soy tocona, y de ¡ayy que panza más linda! y con los bebés y todo, siempre me encantan los bebés y los chiquitos (...) claro al final del baby shower tal vez uno dice -qué lindo a mí me gustaría también eso-, pero más bien es como una ilusión como qué lindo o así. Me encanta más bien porque sé que voy a ser tía y voy a poder ir y cuidar al bebé e irlo a ver porque los bebés son demasiado lindos, más bien como esa ilusión, yo nunca rechazo una mujer embarazada, yo más bien las veo como demasiado lindas”-mujer 7.*

Categoría B: Duelo por tratamientos fallidos

En este apartado teórico se desarrollan, las ideas narradas por las y los entrevistados en relación con los procesos de adaptación emocional que se vive después de confirmar que el tratamiento de reproducción asistida al que fueron sometidos no tuvo éxito, es decir nunca hubo embarazo.

➤ *Población Hombre:*

Independientemente de la población, tal y como se verá más adelante, existe un reporte constante de los sentimientos de frustración que experimentan las personas tras cada intento o ronda de tratamiento que no tiene éxito y para lo cual no se sienten preparados. Para los hombres entrevistados esta frustración tenía un origen principalmente en la incapacidad de tener control sobre una situación en la que se está invirtiendo muchos esfuerzos económicos, en tiempo y en desgaste emocional propio y de la pareja: *“tienes una meta para algo que pase y no pasa, por supuesto que hay cierto nivel de frustración, de sentirse mal”* -hombre 4. Como se aprendió durante las sesiones teóricas de este Seminario de Graduación, las designaciones socioculturales del género, exponen a los hombres a percibir la responsabilidad de resolver los problemas que la pareja enfrenta, en el caso de la infertilidad, la búsqueda de soluciones radica principalmente en el acceso a la asistencia médica especializada la cual deriva en complejos tratamientos que a su vez tienden a fallar consecutivamente en los primeros intentos, lo cual se percibe por los hombres como un fracaso no solo en la tarea de la procreación, sino en la tarea de resolver la situación.

Los procesos antes descritos, están teñidos de sentimientos de angustia evidentes en el discurso de los participantes, quienes lo explican por el exceso en la carga emocional que

enfrentan, ya que tal y como se comentó en otros apartados se mantiene la tendencia masculina de sentir la responsabilidad de presentar una imagen de apoyo y fortaleza para su pareja. De igual modo, por las construcciones sociales de la mayoría, hay una dificultad en la expresión de emociones y la búsqueda apoyo social al considerar que la infertilidad es un tema que compete al ámbito exclusivamente privado de la pareja: *“es una mezcla de sentimientos muy raros cómo que estás viviendo una cosa y no quieres contarlo, no puedes contarlo, pero tienes que hacer que siga funcionando todo bien y hay cosas que están fuera de control”*-hombre 4.

Por otra parte, es importante destacar que en cuatro de los casos entrevistados, hubo mención de los cuestionamientos que se experimentan cada vez que una ronda de tratamiento fracasa, ya que por la naturaleza compleja y multicausal de la infertilidad, es habitual que no exista un diagnóstico concreto y exclusivo, lo que frecuentemente da pie a múltiples opciones de tratamiento posibles de intentar: *“y sí, es como lo mismo, como tristeza, pero también como la impotencia, se cuestiona uno ¿por qué? verdad, ¿por qué no funcionó?, ¿por qué si seguimos todo?, ¿Por qué?, ¿Por qué?, o sea tiene que haber alguna razón y difícilmente se sabe la causa verdad. Porque todo durante el procedimiento, o sea si funcionó bien, fuera que cuando hicieron la extracción de óvulos no habían, o que no se fertilizó o no sé, saber que algo falló, puede que haya un error o que haya muy poca probabilidad, pero no verdad, en realidad al parecer todo iba bien, se tuvieron los cuidados después del tratamiento. Entonces sí hay como una sensación ahí de impotencia, de ¿por qué podemos y luego no funciona?, ¿por qué no funcionó?”*-hombre 7. Lo anterior evidencia lo complejo de realizar apropiadamente el proceso de duelo tras cada intento fracasado ya que frecuentemente estos hombres se enfrentan a que *“siempre hay algo más que se puede hacer”* impulsado por sus

parejas y refirmado por los especialistas. Asimismo, dos de los hombres entrevistados mencionaron haber experimentado sentimientos de impotencia ante los esfuerzos realizados por seguir las indicaciones de los especialistas, y continuar fracasando en el proceso, asociado a la percepción de que el éxito del tratamiento debería estar asegurado por toda la inversión que requiere.

En relación directa con lo anterior, durante las entrevistas a los hombres participantes, se evidenció la compleja particularidad que experimenta esta población, relacionada a la incapacidad de ejercer las decisiones sobre la culminación o continuidad de los intentos de tratamiento de acuerdo a sus necesidades personales producto de los procesos de duelo experimentados, ya que en su mayoría estos hombres manifestaron pensar que esas decisiones son principalmente un derecho de sus parejas debido a que en la mayoría de las ocasiones eran ellas las directamente intervenidas por los tratamientos, y por tanto consideraban que su implicación en la toma de esas decisiones estaba limitada a apoyar las decisiones de su pareja: *“yo lo dejaría un poco más a decisión de ella”*, sumado a: *“por eso digo o sea, -hagamos lo que usted quiera-, pero de alguna de manera, la mediría para ver qué es lo que ella quiere y le diría sin que ni siquiera se dé cuenta, lo que estoy haciendo es simplemente apoyándola en su decisión”*—hombre 7.

➤ *Población Mujer:*

Los resultados de esta investigación arrojaron que cinco de las mujeres entrevistadas que se realizaron algún tipo de procedimiento de reproducción asistida, fueron enfáticas en explicar los importantes impactos emocionales que suceden a partir del fracaso de una ronda de tratamiento: *“cada menstruación es un drama cada vez que no pasaba era un drama”*—mujer

4. Es importante señalar que la negativa de un resultado fue descrita por las participantes como desencadenante de procesos que son compatibles con lo determinado por la literatura como duelos, por la necesidad de adaptación y reestructuración cognitiva y emocional cuando las expectativas no se cumplen: *“yo estaba manejando un proceso de luto, así me lo explicó la psicóloga, a la segunda inseminación fallida fue como una reacción de luto, como si yo hubiera tenido un embarazo y lo hubiera perdido, esa fue como toda mi reacción”*-mujer 1. Asimismo, una idea similar se puede observar en la siguiente frase, la que además aporta la forma en como este tipo de noticias reviven además duelos vividos anteriormente con el diagnóstico: *“otra vez el proceso de duelo con la psicóloga y el lunes me hice la prueba y otra vez salió negativa, no lloré nada, agarré el papel y lo guardé, los demás días pasé mariquiando como raticos y entonces volvía a tener sentimientos muy parecidos a cuando me dieron la noticia de la endometriosis”*-mujer 6.

En el caso particular de la mujer 4, la cual experimentó múltiples rondas de tratamiento con diferentes resultados, resaltó que a pesar de lo doloroso de una prueba negativa, en su opinión resulta menos impactante que los procesos de adaptación que se requieren cuando sí hay algún proceso de gestación y después se trunca: *“a mí un negativo lo acepto, lidio con eso, yo prefiero que sea negativo de una vez y decir bueno borrón y cuenta nueva, seguimos, a decir viene, se emociona uno, se ilusiona, para después que no, son altibajos muy grandes para uno”*-mujer 4.

Ahora bien, de acuerdo a lo relatado por al menos dos de las participantes, como parte importante de los diferentes estadios de ese duelo que experimentaron, existió la reflexión encaminada a aceptar que ante el significativo desgaste emocional, físico y económico producto de los consecutivos fracasos en los procesos, inevitablemente existe una

reconsideración de que el proceso eventualmente podría no tener resultados pese a todos los esfuerzos: *“todo el tiempo que uno invierte emoción y todo, tres veces nos han dicho ¡vamos! y pucha de repente ya no y pues uno dice -¿cuántas veces puede uno pasar por eso? (...) por un lado me da tranquilidad y por otro me da, es como cerrar un ciclo y decir, tengo que aceptar que probablemente no se va a dar [inicia llanto] (...)pero sí me da tranquilidad por un lado pero por otro lado te da dolor, te da angustia, te da un montón de cosas”-mujer 4.*

También se puede notar en: *“yo siento que esto es como el último, que me vaya a hacer [empieza a llorar] y entonces estoy como en un momento muy así porque yo digo -juepucha, estoy dejando mi trabajo, estoy dejando muchas cosas (...) hemos pasado un montón de tiempo, de plata, un montón de cosas y yo digo, tal vez sea el último, tal vez no, pero yo digo, bueno si no entonces, tal vez no me toca y nos toca adoptar, por otro lado estoy muy positiva, pero sí, sí es un duelo, es durísimo”-mujer 7.*

➤ *Población Pareja:*

Sobre lo reportado por las parejas entrevistadas, sobresalió el reconocimiento por parte de la mayoría de ellas, de los procesos de adaptación emocional vividos después de un tratamiento fallido, como duelos: *“sí son duelos, lógicamente son duelos” -pareja 7,* ya que según lo que compartieron es claro que las emociones experimentadas posterior a la negativa de los resultados se vivieron en fases dependientes de las características de cada persona y el significado otorgado al diagnóstico, tal como se ha señalado antes con base a los desarrollos de Riquelme (2006): *“esos cinco meses anteriores al embarazo pueden ser quizás los más difíciles porque habíamos tenido una pérdida, no estábamos embarazados, teníamos una gran carga del proceso, estábamos en medio del proceso de sanidad-curación. Fue un proceso crítico esos cinco o seis meses”-pareja 3.*

Como detonante de algunas de esas facetas, sobresalió el evento de la llegada de la menstruación tras realizado un proceso de tratamiento, que significaba para la pareja como una confirmación del fracaso del mismo: *“cada mes que no quedábamos embarazados era, o sea cada vez que a mi esposa le venía la menstruación, empezaba en una fase yo podría decir de mini duelos, cada vez que llegaba la menstruación”*-pareja 3, una idea similar se pude encontrar en: *“no pasa desapercibido [se refiere a la menstruación], obviamente sí nos ponemos tristes, que uno dice - ¡ayyy no!, bueno diay, ni modo el otro mes veremos-”*- pareja 7.

Asimismo existieron resultados que demostraron que los duelos vividos con respecto a los tratamientos, usualmente tienen asidero en la desilusión experimentada ante los fracasos, seguida inmediatamente de la ilusión muchas veces creada por las mismas personas especialistas de que *“siempre hay algo más que hacer”*, lo que daba pie a ciclos de ilusión-desilusión con sus respectivas secuelas, las cuales se iban agravando conforme iba pasando el tiempo por el agotamiento de las estrategias de afrontamiento: *“se fue él por el resultado [se refiere a la prueba de embarazo de laboratorio] pero él no lo leyó, sino que lo trajo en el sobre y entonces yo lo agarré, abrí el sobre y me dice -¿estás embarazada?- , -no, no estoy embarazada, es negativo- (...). Me llevó a almorzar y cuando estábamos ahí sentados me dijo -amor ¿por qué no llamás al doctor? la prueba salió negativa, talvez porque es muy pronto, no estás sangrando, el dolor que tuviste se te quitó- y yo -¿sí, verdad? tal vez-, y entonces llamé al doctor y me dijo -mirá las probabilidades son mínimas-”*-mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja. Con respecto al desgaste en el tiempo de este tipo de procesos: *“cada vez se va haciendo yo creo que cada vez más triste, porque uno dice ¡ya es la segunda! ¿y entonces?”*- pareja 7, una idea similar se pudo encontrar en: *“uno cree que en*

cuestión de seis meses estoy embarazada, yo le decía a mi esposo en abril, mayo, junio, julio y pasa el tiempo y uno ¿bueeeeno?”-pareja 4.

Este tipo de procesos y sus respectivos desgastes, también reportaron generar importantes cuestionamientos sobre las motivaciones para realizarse el tratamiento o la capacidad para continuar con ellos, lo cual podría considerarse consistente con los procesos de duelo: “*será que estamos siendo tan egoístas que queremos ser papás como a la fuerza [llora] y tantos chiquitos que necesitan un hogar verdad [llora más] entonces le digo a él -será que seguimos metiendo cabeza y gastando un montón de plata si hay tantos chiquitos que-, verdad, entonces a veces me entra como eso que yo digo -ay tal vez estamos siendo muy egoístas de querer un bebé nosotros- pero por otro lado yo digo -bueno y ¿por qué no?-, verdad entonces es como una cosa rara”-pareja 7.*

Moreno-Rosset (2009) confirma los resultados encontrados en esta categoría teórica a lo largo de las diversas poblaciones al plantear que “cuando los tratamientos se repiten, los duelos se suceden, por ello la ayuda, consejo y apoyo psicológicos ofrecidos durante el estudio y tratamiento médico de la infertilidad pueden ser fundamentales e imprescindibles de cara a prevenir posibles trastornos psicológicos posteriores” (p.38) aspecto que suma a la importancia y urgencia de este tipo de investigaciones a nivel nacional.

Categoría C: Duelo por pérdida del embarazo

Esta categoría incluye la descripción de los procesos de adaptación emocional que se vive después de confirmar la interrupción del proceso de embarazo producto de reproducción asistida, que podría o no ser percibido para el hombre, la mujer y la pareja como la pérdida de un hijo.

➤ *Población Hombre:*

Como se ha explicado con anterioridad, en cuatro de los casos entrevistados, los hombres vivieron junto a sus parejas la experiencia de resultados positivos producto de los tratamientos de fertilidad asistida, que arrojaban durante las primeras pruebas clínicas indicadores de embarazo; de esas cuatro parejas, únicamente el caso 1 y en el caso 3 concluyeron con embarazos a término y nacimiento, ambos como producto de la tercera ronda de tratamiento con IA a la que se sometieron. Lo anterior es relevante, al demostrar que en los cuatro casos señalados estos hombres experimentaron de entre una a tres veces, la ilusión de un embarazo y la posterior desilusión y pérdida por el fracaso del mismo. En relación a esto, de forma homogénea estos hombres hicieron énfasis en el impacto emocional que acompaña las diferentes etapas del proceso y que en su experiencia conllevan inevitablemente a experimentar diversas emociones características de los procesos de duelo, por las pérdidas de las conquistas logradas durante los tratamientos.

Sobre lo anteriormente expuesto, ellos comentaron que existen sentimientos de pérdida en las distintas etapas que siguen a un resultado clínico positivo de embarazo, entre las que se destacaron: las citas que evidenciaron signos negativos en el proceso de embarazo producto de ultrasonidos de seguimiento, los resultados de las pruebas de laboratorio que determinaban la detención del crecimiento de la hormona del embarazo como indicador clínico de fracaso en el proceso de desarrollo del embrión, la confirmación de los especialistas (algunas veces por medios informales como el teléfono) del significado de aborto, de algunos signos y síntomas experimentados por su pareja, e incluso el tener que enfrentar emocional y económicamente procedimientos inesperados como el legrado, para los que no habían sido preparados.

A su vez, algunos de estos entrevistados, manifestaron que en ellos existía una preconcepción falsa de que los tratamientos para la fertilidad son siempre exitosos, advirtiendo de esta forma que, no hay un proceso de preparación que les permita contemplar que el camino a lograr un embarazo a término, frecuentemente conlleva abortos espontáneos por diversos motivos, entre los cuales predominó entre los casos entrevistados, la experiencia de abortos por embarazo anembrionario: *“yo sé que es muy pequeñito [se refiere al embrión] y todo, pero como dice mi esposa, -pasas unas semanas ilusionándote y de repente ya no está-, cuando estás haciendo un esfuerzo, supremo no tampoco va a rajarse uno, pero estás haciendo un gran esfuerzo”* -hombre 4.

Asimismo, por ejemplo el caso 3 reportó una reflexión fundamental sobre la dificultad de sobreponerse a las muchas pérdidas y sus consecuentes procesos de duelos que conlleva la infertilidad: *“ese fue un tiempo súper difícil, porque tras de que teníamos un diagnóstico negativo, ya habíamos pasado un proceso largo y complejo, de mini duelos mes a mes, nos llega ese golpe [se refiere a la noticia de embarazo anembrionario y necesidad de realizar un legrado] que fue muy doloroso”* -hombre 3. Sobre este punto, las investigadoras contemplan que la dificultad para enfrentar las muchas pérdidas experimentadas se ve a su vez incrementada por la tendencia de hacer aislamiento de afecto y la necesidad percibida por los hombres de mantener un rol de apoyo y completa fortaleza emocional frente a sus parejas, tal como se ha evidenciado a lo largo de este documento.

➤ *Población Mujer:*

De forma análoga con lo que se ha planteado para la población masculina y en otros apartados de esta investigación, para la mayoría de las mujeres entrevistadas cada resultado positivo de

un tratamiento fue percibido como un embarazo independientemente de la naturaleza o tiempo gestacional de ese producto, por lo que a nivel emocional desde la primera prueba de laboratorio positiva, se representó para ellas una nueva esperanza, una nueva posibilidad de cumplir el sueño de la maternidad: *“justo en esa época que yo pierdo...o sea, para mí era un bebé. Aunque biológicamente [silencio largo] uno sí tiene en su corazón que es un bebe”*-mujer 3, sumado a lo presentado en: *“con todas las ganas que tiene uno de quedar embarazada y tener un bebé, te ilusionas (...) te haces ilusiones, ves tu vida ves al bebé, lo oyes, los escuchas, lo tienes en tus brazos, juuuy es demasiado fuerte!, bastante duro”*-mujer 4.

Para las investigadoras es fundamental recalcar este punto, ya que la percepción subjetiva de este proceso desde la perspectiva de las entrevistadas, difiere de manera fundamental con la forma en la que las y los especialistas en medicina reproductiva tienden a comprender este tipo de resultados positivos en términos de lo que consideran embarazos clínicos (gestaciones reconocidas) y subclínicos como casos en los que los niveles hormonales reportan un proceso biológico que asemeja la gestación, sin embargo no hay presencia de un embrión por lo que es llamado embarazo anembriónico. También puede suceder que en el proceso de división celular se detiene tan precozmente en su desarrollo que es considerado un aborto bioquímico, fenómeno que sucede de forma natural tan frecuentemente que según la literatura al respecto, un importante porcentaje de las personas lo experimentan en el transcurso de su vida reproductiva sin nunca enterarse (Manzury, 2010). Ejemplo de lo anteriormente expuesto se puede observar en: *“uno cree que ya por la prueba positiva que está embarazada, digo yo esto es de rutina, voy me hago la primera prueba, la segunda prueba bajó pero yo no la entendía, los valores de la hormona bajaron, yo no lo entendía (...) lamentablemente que la*

hormona no subiera fue que se dio una pérdida, obviamente uno no entiende (...) el doctor me dijo esto pasa y se llama aborto bioquímico y esto es porque el embarazo no progresa”-mujer 4.

Asimismo existen otros casos en los que los embarazos sí progresan en desarrollo y/o en edad gestacional, lo que provoca que cuando suceden los abortos, que además muchas veces se dan de forma repetida en los tratamientos de reproducción asistida, estas mujeres deben exponerse a intervenciones como el legrado que tiene sus propias particularidades y requieren una mayor utilización de recursos personales para enfrentar la pérdida y además involucra en algunos casos como en los de la población entrevistada, una inversión económica importante y que frecuentemente no es contemplada previamente: *“por más poquito tiempo que sea que uno esté embarazado esos dos días tres o cuatro días, esas siete semanas que fue cuando tuve esa pérdida (...) yo siento que reaccioné más tranquila que las otras veces, la primera fue muy muy dolorosa, el legrado no les pudo explicar porque también fue bastante doloroso”-mujer 4.*

Por tanto, considerando todo lo anterior, es que las investigadoras desean plantear la urgencia de que las diversas profesiones que se ven involucradas en los tratamientos para la infertilidad comprendan que es necesario tomar en consideración para sus abordajes y consejería que las mujeres tratadas se encuentran en procesos de adaptación emocional consistentes con múltiples duelos de cada etapa y cada pérdida, desde el diagnóstico hasta los resultados de los tratamientos. Teniendo esto en consideración, se debe contemplar que aquellas mujeres que tienen resultados positivos en sus pruebas seguidos de fracasos, se pronostica que frecuentemente llegarán a considerar estos eventos como abortos y por tanto existe la posibilidad del desarrollo de procesos de duelo que se caracterizan por la alternabilidad de

etapas que oscilan entre una emocionalidad positiva y resiliente, y otras en que predomina la frustración y enojo ante la desilusión real y el enorme temor a volver a fracasar, tal como se evidenció en los resultados de este trabajo.

➤ *Población Pareja:*

De manera congruente a como se ha reportado de forma individual según los resultados expresados por las mujeres y los hombres, a nivel del discurso de la pareja, también se consideró la desilusión producto del fracaso en el proceso gestacional, independientemente de sus características o de la edad del producto, como un aborto, es decir como la pérdida de un potencial hijo o hija. En el caso particular de las parejas entrevistadas, en al menos uno de los casos se reportó sobre lo mucho que agravó la forma en la que percibieron la experiencia, el hecho de ante la ilusión del embarazo haber comunicado anticipadamente a la familia la noticia, con lo cual posteriormente debieron de incluir en su proceso íntimo la desilusión de otras personas y además vivir su duelo públicamente: *“eso fue muy difícil porque, antes de hacernos, o sea cuando teníamos el examen de sangre, y sale positivo y [silencio] y era un bebé tan deseado [se le ahoga la voz] que nosotros le contamos a nuestros papás, a nuestros hermanos, a nuestras hermanas, y todo el mundo estaba felicísimo. La hermana de él es fotógrafa, entonces hasta nos hicimos una sesión y todo para dar una buena noticia, compramos unos zapatitos hermosos y nos fuimos a tomar unas fotos hermosas, y a la semana verdad, que sale el ultrasonido negativo. Darle esa noticia a la familia, aggg...fue...¿verdad mi amor?, fue horroroso”* -pareja 3.

❖ Familia 4: Estrategias de Afrontamiento

Autores como Cano, Rodríguez y García (2006) sostienen, que pese a que el tema del afrontamiento de la adversidad como un indicador relevante del funcionamiento personal, es un clásico en la Psicología, no fue sino hasta la revolución teórica del paradigma cognitivo-conductual que se produjo la explosión de investigaciones que tomaron como objeto central de estudio el afrontamiento, concretamente, a partir del trabajo de Lazarus en la segunda mitad de la década de los ochentas. Así, este autor planteó su teoría relacional del estrés como un proceso personal de valoración y afrontamiento de situaciones, modelo que tras varias décadas de investigación, ha demostrado su viabilidad para comprender cómo las personas manejan los estresores que encuentran en su vida y que decantó en la definición que hacen Lazarus y Folkman (1986) del afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (citado en Felipe-Castaño y León-del Barco, 2010, p.245).

Partiendo de lo anterior, concretamente en el tema de la vivencia de la infertilidad, la forma en que cada persona se ve impactada por su diagnóstico y por el o los intentos de resolverlo mediante la búsqueda de tratamientos, es sin lugar a dudas bastante diferente en cada caso, como se ha hecho evidente en los resultados de esta investigación, ya que como lo advierte Moreno (2012) esto se ve mediado por un cúmulo de variables personales, médicas, sociales y de pareja así como por el tipo de estrategias de afrontamiento a las que recurren estas personas al enfrentar su condición, razón por la que este tema tiene una especial trascendencia en el afán de poder alcanzar el objetivo de esta investigación.

Ahora bien, en la búsqueda de ese objetivo, tal y como se explica en el apartado de metodología, se utilizó como parte de la batería de pruebas complementarias a la entrevista a profundidad, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) mediante la adaptación hecha por Cano, Rodríguez y García (2006) por tanto, para efectos de la descripción teórica de este apartado se utilizaron como base para la agrupación y desarrollo de los resultados, algunas de las escalas primarias de esta batería, las cuales fueron adaptadas y ampliadas por las investigadoras en función de los hallazgos en esta población específica. De las ocho escalas primarias originales planteadas en Cano, Rodríguez y García (2006), se presentaron durante las narraciones de las y los participantes, evidencias de seis escalas, brevemente: Resolución de problemas; Reestructuración cognitiva; Apoyo social; Expresión emocional; Evitación de problemas; y Autocrítica.

A lo desarrollado con base a esas escalas, se les suman otras dos categorías teóricas aportadas por las investigadoras a partir de lo aprendido a lo largo de este Seminario de Graduación. La primera es la categoría nombrada Paternidades y Maternidades alternativas y la segunda Apropiación del Lenguaje Técnico, ambas creadas en función de lo observado en esta población y los aprendizajes de este Seminario, las cuales serán descritas a lo largo de este apartado.

Finalmente cabe destacar que pese a que en la literatura específica sobre infertilidad en poblaciones de América o España, la mención de la estrategia de afrontamiento religioso es casi nula, en los resultados de esta investigación sí se evidenció de forma importante, por lo que se tuvo la necesidad de tomar como referencia los desarrollos teóricos de investigaciones principalmente relacionadas con enfermedades terminales y referencias del tema en la literatura de la infertilidad de contextos más lejanos, como lo indican Latifnejad, Allan y

Smith (2014), con respecto a los estudios de Donkor y Sandall (2009) en Ghana, Farzadi et al. (2007), Domar (2005), en Irán, Dyer et al. (2002) y Sewpaul (1999) en África del sur, las cuales evidenciaron que la religión y la espiritualidad son prácticas que ayudan a las personas diagnosticadas con infertilidad, a sobrellevar de una mejor manera su condición, teniendo relevancia aspectos como la forma en que conciben la figura de Dios y la confianza depositada en él, su grado de involucramiento con la religión, las prácticas de rezar y la eventual combinación de la espiritualidad con la medicina. Según estas investigaciones, enfrentar situaciones estresantes de salud física o mental con prácticas religiosas, es un recurso que ha servido a muchas personas para resignificar esos momentos difíciles.

En otro estudio, realizado con personas del Reino Unido, de edades entre los 30 y 40 años, casados o en unión libre, de ambos sexos, con distintas clases sociales, etnias y religiones como musulmanes, protestantes, católicos y cristianos ortodoxos; y cuyo origen de la infertilidad era tanto de factor masculino como femenino y en algunos casos mixto o desconocido; se descubrió que la propia espiritualidad o prácticas religiosas hacían en todos los casos, que estas personas pudieran lidiar con su diagnóstico sacando a flote emociones positivas como paz, optimismo y autoconfianza, depositando en Dios la razón de su condición y reconociéndole como figura de ayuda para entender desde una posición más optimista sus diagnósticos, afirmando que es esa figura quien les daba la fortaleza (Latifnejad, Allan y Smith, 2014).

Por su parte, Roudsari, Allan y Smith (2007), consideran según sus estudios y lo contrastado con otros autores, que las estrategias religiosas y espirituales interfieren para que las personas lidien de distintas maneras con el diagnóstico e implicaciones de la infertilidad. Para estos autores, hay quienes van a emplear estrategias de afrontamiento y de aceptación de la

condición más positivas que otras, entendiendo su situación y aceptándola “porque así Dios quiso que fuera”, generándose en ellos pensamientos de mayor calma; o por el contrario como “un castigo de Dios” generándose en ellos reacciones más adversas enfocadas en la ira. Para Pargament et al. (2004) citado en Roudsari, Allan y Smith (2007) “los métodos religiosos positivos de afrontamiento se asocian a mejoras en la salud, pero los métodos religiosos negativos de afrontamiento predicen el decline en la salud y se asocian a estrés emocional, baja calidad de vida y síntomas psicológicos” (p.142). En esta investigación, se pudo comprobar la presencia de ambas posiciones tanto en los hombres como en las mujeres.

Tomando en cuenta lo anterior, es que para efectos de esta investigación se entenderá la espiritualidad como la búsqueda personal para entender las respuestas a preguntas existenciales, su significado y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede o no llevar al desarrollo y práctica de rituales religiosos; mientras que la religión se comprenderá como el sistema de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñados para promover la cercanía a aquello que se considera sagrado o trascendente, sea llamado Dios, o poder superior (Koenig, McCullough y Larson, 2001). Mientras que el afrontamiento religioso será entendido como “aquel tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes como también para facilitar la resolución de problemas” (Pargament, 1997, citado en Quinceno y Vinaccia, 2011, p.26).

Finalmente, después de todo lo expuesto anteriormente, las investigadoras han definido la presente familia teórica llamada “Estrategias de Afrontamiento” como todos aquellos esquemas cognitivos, emocionales y conductuales intencionales dirigidos a manejar, tolerar y reducir las demandas internas y/o ambientales que exceden los recursos personales de los

hombres, mujeres y parejas durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Para efectos de una mejor comprensión de la misma, esta será subdividida en las siguientes nueve categorías teóricas adaptadas de toda la información descrita anteriormente: Autocrítica, Evitación de problemas, Expresión emocional, Búsqueda de apoyo social y actividades distractoras, Reestructuración cognitiva, Resolución de problemas, Afrontamiento espiritual-religioso, Paternidades y Maternidades alternativas y Apropriación del lenguaje técnico.

Categoría A: Autocrítica

Se puede entender como todas aquellas estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia del diagnóstico por infertilidad, situaciones estresantes relacionadas o el inadecuado manejo de las decisiones respecto al tratamiento por infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

En los resultados arrojados en esta investigación, se resaltó en algunos de los hombres, un manejo inadecuado centrado en la emoción, producto de la percepción de había más cosas que se podían hacer para evitar las dificultades de reproducción, o para aumentar la tasa de éxito de los tratamientos: *“no te puedo decir que culpa, de sentir que soy el culpable de eso no, pero sí tal vez una responsabilidad en el sentido de que ¿pude haber hecho algo más?, ¿nos pudimos haber dado cuenta antes?...por no haber abordado el problema como lo debimos de haber abordado”* -hombre 3.

Por otra parte, sumado a las responsabilidades percibidas en la mayoría de los hombres entrevistados, producto de las demandas socioculturales predominantes en las poblaciones latinoamericanas que se han ido ejemplificando a lo largo de este documento, también se

encontraron evidencias de sentimientos de culpabilidad por no haber podido resolver de forma efectiva los problemas de fertilidad a la pareja: *“culpable hasta cierto punto porque no le pude resolver nada a ella, por mi forma de ser me gusta, o sea si yo tengo un problema me gusta resolverlo y punto como sea, o sea no importa los medios, pero hay que resolverlo, pero en el caso de ella di no, pagamos doctores, hicimos esto, lo otro y que ella no ha podido, no es algo que está en mí”* -hombre 5. Sobre este mismo aspecto, debido a la particularidad del caso 2, se pudo recuperar que igual que en la población femenina, también en los casos en que el factor de infertilidad es de origen masculino el hombre infértil se autoinculpa por obstaculizar la posibilidad de que su pareja experimente la maternidad: *“mi esposo siempre es como, -yo sé que es mi diagnóstico, yo sé que todo lo que pasa es culpa mía- Si lo hemos conversado, pero él siempre me dice que a pesar de que él sabe que yo lo he apoyado muchísimo y todo, que él es el culpable de que no podamos tener bebés”* –mujer 2 en relación a su esposo no entrevistado.

➤ *Población Mujer:*

Autores como Borrás (2006) aseguran que la culpa es una de las respuestas iniciales más comunes ante el diagnóstico de infertilidad y según agrega Parada (2006) proviene del intento por determinar el porqué de la infertilidad: *“yo creo que la culpa es porque, como uno como mujer cree que tiene que llegar biológicamente a ser mamá o sea existe esa posibilidad, entonces cuando no se logra es como que uno no está llenando esa expectativa”*-mujer 3. Estos mismos dos autores señalan en sus respectivas investigaciones que la culpa que se puede presentar por varios motivos, entre los que están por ejemplo el haber pospuesto por largo tiempo el tener hijos, dando prioridad a otros aspectos de sus vidas: *“entonces a veces a mí me da cólera eso porque si cuando yo hubiera tenido veinticinco años me hubiera*

cuidado y hubiera ido donde el doctor a tiempo él hubiera visto que eso estaba mal y al menos el último óvulo me hubiera sacado o hubiera congelado, algo hubiera hecho ¿me entiende?”-mujer 5, la misma idea se observa en: “mi mayor culpa no es que hice en la vida y Dios me está castigando no, lo que yo hice fue dejar que mi edad fuera muy alta para tener un hijo, llegar a los 35 años y pensar que no importa, llegar a los treinta y seis y treinta y siete y treinta y ocho y decir -no importa-, esa es mi culpa, haber priorizado otras cosas (...) mi mayor culpa es esa, haber esperado”-mujer 6.

Sumado a esto Borrás (2006) señala que se pueden presentar sentimientos de culpa por eventos sucedidos en el pasado que de alguna manera la persona considera que tienen un enlace con la infertilidad del presente, al respecto en los resultados de esta investigación se manifestaron evidencias de pensamientos que pueden ser considerados como irracionales que iban desde haber tenido otras parejas sexuales en el pasado, hasta por conductas como la masturbación como se ejemplifica en frase: *“en mi juventud yo me masturbé y yo decía -esto no está bien, esto no se tiene que hacer- y entonces yo decía -uy no, seguro yo no voy a tener hijos- y a veces hay pensamientos que llegan a mi mente que yo siento que es que Dios me habla , yo no sé si es que Dios a uno le habla así tan claro o son ideas mías que le pasan a uno en la mente (...) no tengo hijos por eso siento esa culpa porque fue algo que yo lo pensé en ese momento. Investigadora pregunta: ¿sigue pensando que el diagnóstico tiene que ver con eso? Participante: sí, sí porque yo debí haber escuchado a Dios cuando me habló en ese momento, o no sé (...) si yo me pongo a verlo desde otro lado científico, sé que eso es algo normal, pero sigo teniendo ese sentido de culpa” -mujer 5.*

En la misma línea de los pensamientos irracionales, fue también frecuente que las mujeres entrevistadas manifestaran algún nivel de culpabilidad no solo por el diagnóstico sino por el

fracaso de los tratamientos, lo cual asociaron a aspectos que iban desde haber seguido manteniendo actividad deportiva o seguir trabajando pese al tratamiento: *“yo decía, uy ¿será que yo?-, yo tiendo a ser así más atarantada más estresada, pero yo seguía trabajando y yo decía no, no, no, tampoco tan exagerada, si las otras mujeres lo logran ¿por qué yo no? Entonces a veces sentía como un poco de culpa y decía ¿será que no estoy haciendo esto o lo otro? (...) ya me acuerdo cuando fui al baño, me moví, caminé, como no le hice caso al doctor, entonces después uno se siente como masomenos culpable y uno dice –¡ay no!, talvez no me cuidé tanto como debí haberme cuidado, ¡que mula!-”-mujer 7.*

Según Parada (2006) otra característica de la culpa en la infertilidad, se relaciona frecuentemente con que la persona diagnosticada piensa que está privando a su pareja de tener hijos, lo que genera una doble carga emocional: *“yo me criticaba porque como sabía que él quería tener hijos, sabía que no iba a ser tan fácil poder lograr ese objetivo que él quería y yo quería. Como era algo que él quería tanto, era algo que venía de mi lado, no del lado de él”-mujer 1, la anterior idea se puede incluso revisar desde la opinión de la pareja: “a ella se le cayó el mundo, por eso, si ustedes hasta el momento le preguntan a mi esposa, el proceso de infertilidad fue a causa de ella”-hombre 1 en relación a su esposa.*

En otra línea de ideas vale la pena reportar que según los resultados de esta investigación, se presentaron en la población de mujeres muestras de sentimientos de culpa en relación a dos aspectos no mencionados en la literatura consultada, en primer lugar referido a la culpa por considerar la opción de buscar a otra pareja diferente para poder realizar su objetivo de la maternidad: *“en momentos de locura y de yo he dicho tal vez si ...[silencio] y el mismo doctor le dice a uno -si usted va y anda con otro mae y queda embarazada, di puede ser que sea por un tema de sangre, genética, de algo X verdad- [se ríe] yo luego digo –¡Ay, que bárbara!*

¿Cómo estoy pensando eso?-, porque yo digo -no, es con mi esposo que yo quiero-. Entonces, todas esas cosas pasan por la mente y uno vacila y yo a veces inclusive con mis amigas, vacilamos de ciertas cosas y yo digo -ay no ya, voy a dejar de pensar en eso-, y ya, siga tranquila que lo que va a ser será”-mujer 7. Y en segundo lugar hubo al menos un reporte referido a la culpa sentida por la influencia que ejercen las estipulaciones que ciertas religiones establecen con respecto a los procedimientos de reproducción asistida: “ni un sacerdote y ni lo he hecho, yo creo que no lo he buscado por ese sentimiento de culpabilidad que no he podido sanar todavía, porque no hallo cómo confesarle a un sacerdote que me hice una FIV”-mujer 6.

➤ *Población Pareja:*

De manera congruente a como se ha reportado de forma individual según los resultados expresados por las mujeres y los hombres, a nivel del discurso de la pareja, también se consideró la desilusión producto del fracaso en el proceso gestacional, independientemente de sus características o de la edad del producto, como un aborto, es decir como la pérdida de un potencial hijo o hija. En el caso particular de las parejas entrevistadas, en al menos uno de los casos se reportó sobre lo mucho que agravó la forma en la que percibieron la experiencia, el hecho de ante la ilusión del embarazo haber comunicado anticipadamente a la familia la noticia, con lo cual posteriormente debieron de incluir en su proceso íntimo la desilusión de otras personas y además vivir su duelo públicamente: “*eso fue muy difícil porque, antes de hacernos, o sea cuando teníamos el examen de sangre, y sale positivo y [silencio] y era un bebé tan deseado [se le ahoga la voz] que nosotros le contamos a nuestros papás, a nuestros hermanos, a nuestras hermanas, y todo el mundo estaba felicísimo. La hermana de él es fotógrafa, entonces hasta nos hicimos una sesión y todo para dar una buena noticia,*

compramos unos zapatitos hermosos y nos fuimos a tomar unas fotos hermosas, y a la semana verdad, que sale el ultrasonido negativo. Darle esa noticia a la familia, aggg...fue...¿verdad mi amor?, fue horroroso” -pareja 3.

Categoría B: Evitación de problemas

En esta categoría teórica se integran todos aquellos aspectos narrados por los hombres, las mujeres y las parejas sobre el uso de estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con acontecimientos estresantes concernientes a la infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

En la intención de negar aquellos aspectos del diagnóstico que resultan estresantes, se evidenció en algunos hombres, la estrategia relacionada a minimizar la gravedad o dificultad del diagnóstico recibido, calificando este como “el problemita”, o manifestando que “es algo sencillo de corregir” a pesar de que la historia de sus tratamientos reflejaban lo contrario: “*el problemita que ella tiene de infertilidad (...) simplemente era que los óvulos eran un poco infértiles*”-hombre 1.

Con relación a la estrategia evitativa, también se encontraron evidencias de que algunos de los hombres entrevistados manifestaron que parte de las estrategias que utilizan para mantenerse ecuanímes es que a diferencia de sus parejas, estos evitan pensar constantemente en el diagnóstico y/o en el tratamiento: “*yo no he vivido como mucho estrés por esto, he tratado de que simplemente no me estrese. Yo he tratado que esta situación no nos estrese*”- hombre 7, la misma estrategia se evidenció en las decisiones futuras que habría que tomar si

el tratamiento fracasa, sobre las demás alternativas, hay una concepción de que es mejor resolver las situaciones hasta que se presenten y no anticipar: *“es un poco de expectativas si llega el momento y se da y lo vemos, porque la expectativa es que no sea necesario, entonces no lo hemos conversado, es un poco como todo, no planeábamos mucho cuando llegó el momento que queríamos lo planeamos, es un poco como que va a tener que ser espontáneo en ese momento, porque también es como meterle cosas a la cabeza y no sé, yo creo que no es como el momento para conversarlo verdad, ya después es vamos a tener tiempo”* -hombre 7.

En esta misma línea, con el caso 5 tal y como se explicó en la caracterización de la población, se dio la oportunidad de conocer la perspectiva de una pareja con diagnóstico que no habían realizado un tratamiento, en este caso el hombre 5 manifestó evidencias de su estrategia evitativa con relación a pensar en las decisiones necesarias para emprender o no el tratamiento, una posición muy arriesgada en este caso, dada la edad de la mujer diagnosticada: *“no lo he pensado, mi esposa tiene 35 años talvez le quedan 3-5 años pienso yo para ver si se toma esa decisión o no (...) pero en el caso mío es una decisión que diay hay que sentarse y hacerle bastante cabeza (las investigadoras intervienen para preguntar si es una posición que tiene tan clara en ese momento) no, no la tengo tan clara”* -hombre 5.

Asimismo, y retomando una idea antes expuesta en otro apartado, en el caso 6 el hombre demostró total evitación para hacer planes sobre hijos futuros e incluso negación completa a involucrarse con su pareja en la ilusión que representa la espera de resultados después de un tratamiento: *“mi esposo es muy escéptico y como al día siguiente [se refiriere a la cita de la FIV en la que le transfirieron 3 embriones] le dije -mi amor tenemos hambre, y tenemos hambre de no comida chatarra vaya a ver dónde nos consigue comida decente- y entonces*

se vuelve y me dice -no me hable así- y yo ¿por qué? Y me dice -todavía no me hable así- entonces yo respeté”-mujer 6 en relación a su esposo no entrevistado.

Una estrategia utilizada por la mayoría de los hombres entrevistados, se relacionó a evadir pensar en el costo emocional y económico de los tratamientos, ya que se señaló como fundamental analizar desde una perspectiva de costo-beneficio todos los recursos invertidos para lograr el embarazo deseado: *“una vez que ya uno entra a esa transacción no sufra más por el monto, porque entonces usted se da cuenta cuanto he gastado y esto no ha funcionado y he gastado tanto y con todo eso hubiera, hecho no sé...le hubiera dado de comer a un montón de chiquitos durante un montón de tiempo, cosas así, se puede volver uno loco (...) Es como para tratar de restarle importancia al costo verdad porque es un asunto del valor y el costo, o sea lo que vale para nosotros, por lo que nos cuesta, es diferente. Lo que nos cuesta es lo que le pagamos al doctor, pero si eventualmente el resultado es positivo el valor va a ser mucho mayor. Y hasta cierto punto es positivo y uno va con expectativas positivas, entonces a hacer el gasto. Es una lotería verdad, es como el que juega lotería”-hombre 7.*

Finalmente, en relación al caso 1, se rescató como un resultado de interés la evidente negación que hizo el hombre de algunas de las emociones y reacciones experimentadas por su esposa, esta incapacidad para alcanzar lo que la otra persona experimenta puede considerarse como una estrategia descalificadora del impacto emocional que la situación está generando a la pareja: *“a pesar de que ella les dijo que yo la apoyé en todo este sentido de los ataques de pánico, pero yo no los comprendo, porque para mí, yo dije, yo nunca he tenido un ataque de pánico, entonces yo lo veo que es algo que me está diciendo aquí, pero no estoy sintiendo nada, no me está dando nada, entonces mi lógica no me permite explicar (...) yo me informé, yo también fui a psicólogo, porque llegó un momento en que yo no entendía los*

ataques de pánico de ella, entonces, yo me fui donde la psicóloga de ella pero a cita separada, para que explicara que era el ataque de pánico y que yo controlara las ganas de decirle: ya despierte eso no es nada, como típico hombre” –hombre 1.

➤ *Población Mujer:*

Existe evidencia de estudios que analizan las diferencias de género en relación al impacto psicológico de la infertilidad, que ponen de relieve que las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas que los hombres el uso de estrategias de afrontamiento evitativas (Muñoz, Forns, Kirchner, Peñarrubia, y Balasch, 2012). Los resultados arrojados en las entrevistas a las participantes de esta investigación parecen coincidir con este tipo de hipótesis, ya que estas expusieron de forma consistente variadas estrategias encaminadas a evitar distintas situaciones o cogniciones que las hacían recordar o revivir las emociones negativas asociadas a su diagnóstico de infertilidad: *“en un momento lo vi demasiado pesimista y lo metí en un baúl y tiré la llave y no quise lidiar con eso porque me causaba mucho dolor”-mujer 1* o también con aspectos angustiantes referidos al proceso de tratamiento: *“hoy por hoy yo le digo a mi esposo que no quiero ni pensar, no quiero ni controlarme el período, nada que no quiero saber nada, yo sólo quiero fluir en la vida fluir, voy y vuelvo del trabajo fluyo sólo quiero fluir, no quiero pensar en eso”-mujer 4.* En el caso particular de la participante dos, la cual al final de la etapa de recolección de datos de esta investigación se encontraba en el proceso de desistir de la intención de hacerse un procedimiento de reproducción asistida, se puede evidenciar la estrategia de evitación dirigida a eliminar concretamente aquellos objetos que le recordaran la difícil decisión que estaban tomando: *“yo le dije que quiero que quitemos todos los medicamentos de la refri, ya no quiero que tengamos más medicamentos ahí, ya le*

dije que quería que los vendiéramos, porque ahí hay como un millón de pesos en medicamentos en la refri”-mujer 2.

Ahora bien, de forma coincidente con la investigación realizada por Pedro (2014) otra estrategia utilizada por seis de las siete participantes, fue el evitar las actividades sociales relacionadas con honrar el proceso de embarazo (*baby showers* o tés de canastilla). Para casi todas las participantes, esos eventos eran percibidos como recordatorios de su incapacidad para concebir y su fracaso personal: *“un baby shower para mí era terrible, tener que ir a comprar el regalo era la cosa más terrible del mundo, entrar al departamento de bebés era como lo peor, prefería yo caminar sobre piedra incandescente que entrar al departamento de bebés, pero diay tenía que enfrentarlo como me decía la psicóloga (...) evitaba salir al Foodcourt, al play o cualquier lugar que me encontrara mamás con chiquitos, lo peor era pasar por eso en un centro comercial porque ahí están todas las mamás con los hijos todos los días”* -mujer 1. Es necesario indicar que este tipo de sentimientos se presentaban incluso con respecto a familiares cercanos: *“el año pasado cuando la hermana de él quedó embarazada, yo lo llamé y le dije -mire doña (se refiere a la suegra) yo no voy a ir a su casa, esto me hace sentir muy muy mal, yo quiero que usted lo entienda, no es nada personal yo no tengo nada en contra suya, en contra de su hija y menos en contra del chiquito, pero es una cuestión mía yo quiero que usted me comprenda”*-mujer 2.

Además, es importante resaltar el importante esfuerzo que las participantes debían de hacer para utilizar todos sus recursos para lograr adaptarse a este tipo de actividades sociales: *“yo evito baby showers y me ha tocado ir al de amistades mías muy cercanas y voy porque es el de ella y todo pero trato de protegerme con todo, antes de ir llevo toda una terapia emocional, para ir serena. ¿Qué hago? estar tranquila, que todavía no es mi tiempo, que no*

importa (...) los sentimientos que le generan a uno son muy complicados es como un poco de envidia pero no es envidia mala, pero tampoco quiere uno saber nada, nada del embarazo de una persona X menos cercana”-mujer 4, también se puede observar en: “yo decidí, yo no vuelvo a ir a tés de canastilla (...) sí mandaba la plata del regalo, sí firmaba la tarjetita, sí comentaba las fotos del Facebook, pero hasta ahí”-mujer 2.

Por otra parte, de forma congruente con lo reportado por la población de hombres, algunas de las mujeres entrevistadas también indicaron haber evitado pensar sobre los costos económicos que les había devengado el tratamiento, esto con la justificación de no desanimarse o desviar su atención del objetivo: *“pues yo una vez me puse a medio sacar cuentas y cuando ya iba por cierta cantidad yo ayyy no no quiero darme cuenta que es tanta plata que ni siquiera sé de dónde la saqué (...) empecé a sacar tanto, tanto, tanto y yo ayy Dios mío, y cuando me puse a sacar cuentas hasta que me dio cosa... yo puedo contar unos diez millones algo así”-mujer 4.*

Otra de las situaciones en la que de forma común entre las participantes entrevistadas se utilizaron estrategias de evitación fue mediante la eliminación de conductas, situaciones o incluso alimentos, esto con el afán de impedir que estas pudieran poner en riesgo el resultado de los tratamientos o el progreso de un embarazo en curso: *“sí creo digamos, creo que me, no digo que me obsesione, sino que me daba tanto pánico tener un aborto, porque me había costado tanto quedar embarazada y tres intentos, y todo lo que sufrimos. Yo evitaba cualquier cosa que me pudiera generar un aborto”-mujer 1.*

Finalmente, conviene destacar la particularidad de dos de los casos en donde nunca se llevó a cabo un tratamiento o no se completó el proceso, los cuales ejemplifican la puesta en

práctica de este tipo de estrategia en función de postergar al máximo posible la necesidad de afrontar la toma de decisiones. En el caso 2, la participante no estaba necesariamente convencida de querer realizarse un procedimiento de esta naturaleza ya que sentía desconfianza de hacer la inversión económica y exponerse personalmente a medicamentos hormonales con las pocas probabilidades existentes debido a las condiciones particulares del diagnóstico de su esposo, ante esta situación fue evidente la múltiple cantidad de variables que ella consideró prioritarias para justificar su conducta evitativa: *“como que todo se ha unido para no hacerlo (...) nosotros fuimos donde el doctor, y mejoró la movilidad de mi esposo, entonces él quería que fuéramos ahora el otro mes. Pero da la casualidad de que, bueno yo he engordado diez kilos, yo no me siento cómoda con este peso. Aparte de eso, el problema este con lo de mi suegra, mi esposo y yo hemos tenido muchos roces y no me he sentido muy bien como de ánimo. Aparte de eso me salió la insulina alta por el peso, además de que yo tengo ahí un factor genético (...) entonces díay, y ahorita estamos en ese proceso, para ver cuando ya vamos a viajar. Sí ya lo tenemos decidido, es este año (...) pero díay yo apenas estoy terminando el cuatrimestre y no podría dejar todo botado”*-mujer 2.

Por su parte, en el caso 5 donde la pareja nunca intentó buscar alternativas de tratamiento, hay evidencias expresas que sugieren que su estrategia evitativa es presentada como una justificación de su decisión: *“hay momentos donde me pongo histérica y ya pego cuatro gritos verdad, y con mis perros cuando se ponen muy estresados que cualquier cosita que se pone a ladrar afuera que me ponen como loca , entonces yo digo -si un chiquito se pone a llorar, se pone así ¿qué será de mí? entonces mejor yo no arriesgo, para mí la inseminación es un riesgo muy grande , es un riesgo muy grande también saber que yo pueda tener el bebé y ¿si tengo una pérdida?. Entonces yo digo -ahh yo no, yo eso sí que no- Entonces yo digo*

yo no tendría la fuerza suficiente para aceptar una pérdida , además tengo un problema en la columna que ya les comenté, que yo sé que yo estando embarazada por lo menos a los seis meses eso sería un gran problema para mí porque mi columna no aguantaría (...), tendría que ser por cesárea y todos estos gastos médicos que implica la inseminación no sé, prefiero gastarme la plata en viajar , así sinceramente así lo prefiero”-mujer 5.

➤ *Población Pareja:*

Respecto a la evitación de problemas, principalmente los resultados manifestados por la parejas entrevistadas estuvieron en función de la utilización conjunta de la estrategia de no pensar sobre temas relacionados a los tratamientos y sobre todo postergar la toma de decisiones sobre retomar el proceso o buscar opciones alternativas hasta que no fuera estrictamente necesario: *“Hombre: es que las dos son factibles, ¿cuál preferiríamos?, no lo hemos conversado y son opciones que están ahí, pero no sé (...) Mujer: si llega el momento y se da y lo vemos, porque la expectativa es que no sea necesario, tampoco tomamos la decisión verdad y probablemente tampoco tomamos la decisión hasta tanto, si digamos eventualmente se nos dice un no rotundo ahí ya tal vez tomaríamos la decisión, tal vez tomaríamos la decisión”-pareja 7, una idea similar en: “a veces lo dejo descansar y no le digo nada, pero cuando me toque cruzar ese puente lo cruzaré y punto ¿para qué discutir ahora?”- mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja. Asimismo: “Hombre: igual no hemos hablado demasiado. Mujer: igual no sabemos si vamos a volver a hacerlo, en algún momento dijimos en abril de este año, después dijimos no, puede ser que más adelante, yo creo que sí vamos a volver a hacerlo pero creo que nos estamos dando un aire, verdad. Hombre: sí acomodando todo, tiene que darse otra vez tiempo, tienen que darse sentimientos, tiene que darse voluntad, dinero, hay que acomodarlo todo otra vez”- pareja 4. Al respecto,*

este tipo de estrategias puede resultar como factor protector en tanto permite un espacio para la elaboración de duelos y además previene la rumiación y por ende la posibilidad de agravar los estados de ansiedad, de por sí usualmente presentes en estas parejas. Sin embargo, podría resultar perjudicial a largo plazo, ya que la excesiva postergación en la toma de decisiones puede generar consumo de tiempo, aspecto que en la infertilidad por la preponderancia que tiene el factor edad es un riesgo que puede jugar en contra de los tratamientos. Asimismo, la estrategia evitativa podría también impedir la preparación emocional en caso de necesitar considerar opciones alternativas como la ovodonación o decidir sobre el cese de los tratamientos.

Categoría C: Expresión emocional

Contempla todas aquellas estrategias puestas en práctica por los hombres, mujeres y parejas, relativas a expresar o negar las emociones que acontecen en el proceso de diagnóstico o tratamiento de la infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

En una importante contraposición con lo reportado por la población femenina, entre las manifestaciones más comunes e importantes que indicaron la mayoría de hombres entrevistados, estaban las referidas a aquellas que pretendían negar o minimizar el impacto emocional que estaban o habían experimentado por la experiencia: *“es una mezcla de sentimientos muy raros, cómo estás viviendo una cosa y no quieres contarlo, no puedes contarlo”* y *“mi forma de ser es muy tranquilo entonces uno aprende a manejar muchas sensaciones y sentimientos y dejárselo uno, yo siempre he dicho no me tenga lástima y no quiero tenerme yo lástima”*-hombre 4, estas estrategias estaban abocadas a demostrar una

ecuanimidad y estabilidad emocional frente a las demás personas, principalmente su pareja: *“yo también he tratado de no ponerle mucha emoción a esto a ratos, porque ella sí es muy emocional y ella llora y se suelta y toda la cosa, yo trato de ser un poquito más plano en eso, para tratar de balancearla a ella y que el tema no la destruya”*-hombre 7, también se evidenció en el siguiente caso: *“cuando el doctor dio esa noticia, ella se sintió muy mal, yo... [silencio]...yo siempre la he apoyado a ella”*-hombre 5.

A su vez, lo anteriormente expuesto refleja el origen de la evidente incapacidad para expresar esas emociones o pensamientos relacionados a la experiencia vivida, ya que como se ha mencionado antes, además de la descalificación del impacto, existe una tendencia por parte de esta población a considerar que el tema de la fertilidad corresponde exclusivamente al ámbito privado de la pareja: *“de hecho yo soy sumamente cuidadosa con la información sobre mi esposo, a quien se lo comento, la gente a quien se lo he comentado son muy cautelosas, de no hacer comentarios si en algún momento estamos los dos. Él no es de contarle a nadie, ni ir una reunión, ni siquiera por acompañarme y ustedes lo vieron el otro día, él estaba aquí cuando ustedes vinieron, pero él no tiene interés en hablar del tema del todo”*-mujer 2 en relación a su esposo no entrevistado.

Ahora bien, a pesar de que la incapacidad para expresar las emociones fue una constante en la muestra masculina de este estudio, en al menos dos de los casos sí existió un reconocimiento de que la problemática no radica necesariamente en identificar el impacto emocional que se sufre, sino en la capacidad para reconocerlo y comunicarlo a otras personas: *“todas las emociones que usted se imagine pueden pasar, no creo que alguien no sienta nada, simplemente yo me las guardo muy adentro”*-hombre 7.

De forma opuesta a lo anterior, se quiere destacar que en uno de los casos entrevistados, fue particular el nivel de desconexión emocional: *“no tristeza, ni pesimismo, ni irritable, ni cambios en apetito, ni sueño”* –hombre 5, en referencia a no detectar cambios en ninguna de estas áreas producto de la experiencia vivida con su pareja. Sobre esto, Basu (2008) comenta que *“con el estrés psicológico, los hombres infértiles tienden a suprimir sus emociones. Lo que podría suponer importantes implicaciones clínicas”* (p. 143).

Finalmente, también es digno evidenciar el proceso de reconocimiento que experimentó uno de los participantes hacia el final de las entrevistas a profundidad realizadas para esta investigación, en donde reflexionó de que por más difícil que sea expresarse, debe de hacerse, ya que es parte de la aceptación de que es una situación de relevancia en sus vidas: *“tuve que enfrentarlo para contárselo a otros, porque es como recordárselo uno mismo, es como volver a vivir la experiencia y no hay posibilidad de negación a la hora de estar contándolo no hay opción de negarlo (...) tengo que contarlo y tengo que contarlo bien”*-hombre 7.

➤ *Población Mujer:*

La mayoría de las mujeres entrevistadas señalaron al llanto como una conducta de descarga emocional que les favoreció para una mejor adaptación al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad: *“no voy a ser mamá de un hijo mío, no importa seguimos adelante, no hay que echarse a morir, tengo momentos, tengo picos donde lloro mucho [traga fuerte] (...) pero a veces es rico llorar y soltar eso porque para mí el tragar y guardar es malo, entonces yo lloro y fue como dejar algo atrás y así es como he visto el tema de ser mamá”*-mujer 5. Al respecto, es importante destacar que este tipo de conductas no en todas las personas se dio con facilidad y requirió de un proceso de elaboración para poder conseguir expresar sus

emociones de esa forma: “y yo creo que hasta ahora estoy como viviendo eso: [inicia llanto] como de poder llorar, poder decir me duele, de poder decir estoy molesta, verdad, porque durante muchos años no lo hice, para poder apoyarlo a él, entonces, sí es difícil. (...) Pero diay, yo creo que uno tiene que salir adelante verdad, no se puede como echar tampoco a morir y todo, son momentos, si hay que llorar pues se llora, si hay que gritar pues se grita pero... diay seguir adelante verdad”-mujer 2. De forma consecuente, es importante reportar que para la mayoría de las mujeres participantes este tipo de estrategia es usualmente usada solo en espacios privados y con personas de confianza: “a veces yo he sido demasiado fuerte y siento que a veces tengo que llegar a llorarle al doctor pero en ese momento yo reacciono muy fuerte, me da todo el sentimiento y todo pero no me desborono en el momento sino que lo hago entrando aquí”-mujer 4.

En otra línea de ideas, se quiere destacar que en los discursos compartidos por las entrevistadas se ejemplifica que algunas de las estrategias de expresión emocional puestas en práctica por ellas incluían la conducta hablar con otras personas o escribir sobre su diagnóstico y/o tratamiento. Al respecto, Martínez-Sánchez, Paez, Pennebaker y Rimé (2001) sostienen que el enfrentar activamente los problemas, expresando abiertamente las emociones tanto oralmente como por escrito, reduce la activación fisiológica asociada al hecho estresante y contribuye a su afrontamiento eficaz mediante la reducción de sesgos cognitivos sobre el procesamiento de la información emocional: “hubo un tiempo en que me dio por escribir lo que sentía, porque necesitaba desahogarme con alguien”-mujer 7. Asimismo, sobre la comunicación abierta sobre el tema, tal y como se profundizó en la familia “Reflexiones de la experiencia” algunas mujeres decidieron compartir su experiencia como forma de afrontar la situación: “mi esposo me dice no le contés a todo el mundo, y yo

le digo déjame, si yo lo quiero contar ,yo lo cuento y a quien quiera, tal vez hay gente que no quiero, no es que lo ando contándolo ahí a todo el mundo (...) yo creo que eso de hablarlo me ha permitido a mí, como manejarlo (...) entonces yo sí lo hablo más, ósea, yo trato como de, di para masticarlo verdad, también, pero sí es duro, lógico, han sido momentos duros”-mujer 7.

Finalmente, también se destacó dentro de los discursos de las participantes, la particularidad del caso 4, en el cual la mujer señaló en diferentes ocasiones la importancia que reviste para ella y para su pareja el humor como estrategia para afrontar asertivamente las múltiples emociones negativas vividas por el diagnóstico y durante el tratamiento de la infertilidad. Al respecto, Sánchez-Espinar, et al (2016) señalan que existe una forma de humor como estilo de afrontamiento, al cual ha demostrado ser un facilitador de la adaptación al estrés y un amortiguador del mismo: *“para mí el humor es como algo importante en muchas cosas, desde decir cosas fuertes hasta el día a día , me encanta la gente que hace bromas y que dice cosas, yo misma soy muy así en momentos difíciles para decir algo, yo prefiero decir en son de broma, decir algo como suavizarlo o sea porque tampoco me gusta el drama ese no, yo prefiero decirlo en broma y que todo el mundo diga esta está loca que toma esas cosas como en broma a hacer sentirme mal yo o a la gente y que digan ay pobrecita ella que está pasando por eso, entonces sí claro que es una protección para mí”-mujer 4.*

➤ *Población Pareja:*

Cabe destacar, que a nivel de pareja, únicamente se reportó un caso en donde se utilizó la expresión emocional como una estrategia en conjunto, al respecto llamó la atención que en esta pareja este tipo de estrategias fue utilizada tanto durante el tratamiento como también de

forma posterior al nacimiento de su hija, lo que para las investigadoras tenía la función de permitirles elaborar el duelo por el proceso vivido respecto a la infertilidad, “hablar con otras personas cercanas puede ser una estrategia de afrontamiento importante para las parejas infértiles” (Schmidt et al., 2005, p.253). La siguiente frase ejemplifica lo anterior: *“Mujer: nosotros sí lo contamos abiertamente cuando estábamos en los téis de canastilla de nuestra hija, porque lo consideramos un testimonio, entonces aprovechábamos las oportunidades que teníamos para compartirlo y eso hizo que por ejemplo, dos amigas mías se me acercaran y me contaran que estaban teniendo problemas de infertilidad, para saber qué hicimos nosotros. Y eso ha pasado porque nosotros dimos ese testimonio, verdad, ese es el asunto, hay muchas parejas que están pasando por eso, solo que no nos estamos dando cuenta. Hombre: de cada uno de los cinco téis de canastilla recuerdo que siempre salió alguien, en mi trabajo dos compañeras dijeron -mirá yo pasé o estoy pasando o tuve un proceso similar-*”-pareja 3.

Categoría D: Búsqueda de apoyo social y actividades distractoras

Este apartado abarca las estrategias empleadas por los hombres, mujeres y parejas referidas a la búsqueda de apoyo emocional o a la búsqueda de actividades fuera de la rutina que les permitieron enfocar su atención fuera del problema de la infertilidad.

➤ Población Hombre:

Los hombres entrevistados fueron consistentes en afirmar dificultades para poder socializar sus emociones, como se ha evidenciado de sobra en este documento, lo cual explica las razones por las que en general no acuden a sus redes de apoyo en búsqueda de soporte emocional: *“vieras que yo soy muy..., con esto de ella y muchas cosas, digamos a mí me*

cuesta mucho llorar, yo soy muy insensible no sé por qué (...) no soy así como de muchos amigos, ni de muchos familiares, ni de ir a contarle las cosas a un amigo o así porque no estoy acostumbrado a eso”-hombre 5, incluso cuando se sienten en la obligación de hacerlo: “como yo no le cuento nada a nadie y yo manejo las cosas mías (...) ustedes son las únicas a las que les he contado, en realidad y no se los digo por asunto confidencial, si no para explicar que con nadie, yo no converso con nadie, solo con mi esposa, entonces es mucho más sencillo contárselo a ustedes, porque no hay una conexión emocional, yo sé para que ustedes están solicitando la información y los datos y que los van a utilizar y lo están cruzando con la otra gente, pero hacer esta dinámica con alguien de mi familia o amigo mío, no creo que lo pudiera hacer” -hombre 7, esto también se presenta con las personas más cercanas, posiblemente por la incomodidad de tener que evidenciar su vulnerabilidad: “tengo que expresarle a mi mamá y a mi papá, qué es lo que realmente sucedió y bueno, qué es lo que nos dicen los doctores y tengo que comportarme muy bien y no puedo llorar, tengo que manejar mis emociones y todo eso verdad”-hombre 7.

Otro aspecto fundamental con respecto a este punto, está relacionado a la búsqueda de apoyo psicoterapéutico, algunos de los entrevistados manifestaron no haberlo necesitado por razones personales, es decir, quienes lo hicieron lo justificaron como una estrategia para poder ayudar de mejor manera al proceso de su pareja, no como un apoyo para sí mismos: “yo me informé, yo también fui a psicólogo, porque llegó un momento en que, yo no entendía los ataques de pánico de ella, entonces, yo me fui donde la psicóloga de ella pero a cita separada, para que explicara que era el ataque de pánico”-hombre 1, otros lo consideraban como algo importante pero como un lujo que no podían darse: “usted necesita ayuda psicológica o necesita apoyo terapéutico, me lo dicen dos o tres personas y yo me excusé en

no hacerlo en la falta, no sé, ¿de tiempo?, en la falta de...también los recursos estaban escasos, ya mi esposa estaba gastando en psiquiatra y psicólogo, yo no puedo sacar otro tanto de dinero para yo atenderme. Entonces, podría ser un aspecto personal, un aspecto de apoyar a mi esposa y un aspecto de necesidad, de güevonada si fuera un término correcto, pero soy consciente que debía haberlo hecho”-hombre 3, y también se reportó como un tratamiento al que accedieron a petición de sus esposas no por iniciativa propia: “él fue una vez donde mi psicóloga, ella me sugirió que le dijera, yo le dije y él fue, pero no quiso volver. Dijo que se sintió bien, pero que no cree en ese tipo de intervenciones”-mujer 2 en relación a su esposo no entrevistado.

Lo anteriormente expuesto, denota una interesante paradoja, ya que tal y como se explica en el apartado de “Redes de apoyo” a pesar de todo lo mencionado, la totalidad de los hombres manifestaron durante las entrevistas que creen fundamental y aconsejan que el acompañamiento psicológico sea parte de los procedimientos obligatorios de un tratamiento de fertilidad asistida.

Ahora bien, en relación a la búsqueda de actividades como fuente de distracción y gratificación, hubo reportes en dos sentidos: en primer lugar, algunos de los hombres entrevistados encontraron en el deporte un espacio para desenfocar su atención del diagnóstico y tratamiento: “*me voy a la piscina, es mi forma de irme a llorar a pensar”- hombre 7, también: “hacía deporte jugaba mucho basket, salía con los amigos, iba al gimnasio, necesitaba como relajarme y cambiar el cassette”- hombre 1. En un segundo lugar hubo quienes manifestaron la necesidad de buscar apoyo social, como salir a distraerse con sus amigos o familiares, no para discutir sus emociones, simplemente para hacer actividades diferentes que les permitieran distraerse: “este día sí, uno trata de cambiar un poco el*

cassette, pasear, andar con la familia, apoyarse en la familia” -hombre 3, asimismo: “yo necesitaba desahogarme un poco más con mis amigos, de todo lo que estaba viviendo con mi esposa, entonces yo salía más con ellos”-hombre 1.

➤ *Población Mujer:*

Los resultados de esta investigación sugieren, que tal como lo plantean Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig (2003) la puesta en práctica de la estrategia de búsqueda activa de apoyo social sugiere la necesidad de aclaración o reafirmación de lo que está ocurriéndole a la persona: *“con ustedes a mí sí me ha hecho muy bien, aunque no era la intención [se refiere a las sesiones de entrevistas a profundidad de este estudio] para mí fue una gran terapia porque no me he sentido a hablar abiertamente con nadie verdad hasta ahora... toda esta cuestión me ha ayudado a poner muchas cosas en orden en mi mente que sí las venía haciendo pero tal vez no era con ningún propósito adrede”-mujer 5, lo mismo se puede ver ejemplificado en la búsqueda que hizo al menos una de las entrevistadas por contactar a otras mujeres que se habían realizado tratamientos de reproducción asistida: “yo siento compañía porque cuando me escriben siento que están siendo solidarias, están queriendo desahogarse, uno no está solo sino que hay otras experiencias que lo pueden ayudar a uno y en mi caso es solidaridad, yo me siento solidaria a ellas, porque si hay alguien que entiende lo que están pasando soy yo o viceversa, y de hecho así empezamos la conversación -yo sé que una de las personas que más me puede entender lo que yo siento es usted-”-mujer 4.*

Asimismo, sería válido argumentar que de modo indirecto, el apoyo emocional que se ofreció a las mujeres participantes, la búsqueda voluntaria de apoyo social también pudo haber aumentado su sensación de control sobre la situación, facilitando la puesta en marcha de sus

estrategias de afrontamiento. De este modo, tal y como se detallará en la familia “Redes de Apoyo”, las investigadoras consideran que las distintas formas de soporte que pueden prestar los miembros de la red social, provocarán diferentes efectos sobre los procesos de afrontamiento de las entrevistadas. Por ejemplo, la búsqueda activa del apoyo de la familia pudo ayudar a mantener la respuesta emocional dentro de unos niveles adaptativos: *“había noches que yo igual no podía dormir, aún con medicamento (...) me quedaba leyendo la Biblia o llamaba a alguno de mis hermanos para contarle, ellos eran los que me escuchaban en la madrugada”*-mujer 3, mientras que el resto de miembros de la red social, por ejemplo amigos o especialistas, pudieron proveer información acerca de nuevas estrategias de afrontamiento que las participantes desconocían o no habían puesto en práctica, lo cual se ejemplifica en: *“yo salgo más con mis amigas de la universidad, yo sí les cuento, mirá estamos en esto o me está pasando esto o me siento triste”*-mujer 7.

En esa línea de ideas, se debe indicar que a diferencia de lo reportado por los hombres entrevistados, en cinco de los casos, las mujeres participantes hicieron intentos de búsqueda de apoyo de especialistas en Psicología y en al menos tres de esos, sí se concretó un proceso terapéutico formal independiente del acompañamiento por una profesional en Psicología que ofrece uno de los centros de infertilidad en donde estas mujeres fueron atendidas: *“estoy con la psicóloga, entonces di no, que te puedo decir, di no, como en ese proceso como de aceptar, como de asimilar las cosas”*-mujer 2, también: *“donde mi psicóloga con una terapia tradicional de 16 sesiones”*-mujer 1, la misma idea en: *“ese día que fui a cita le pedí que me mandara con la psicóloga y le digo -doctor yo no estoy bien emocionalmente, de la cirugía estoy de a tiro pero no estoy bien emocionalmente hablando, yo quiero que usted me mande con la psicóloga-(...)me veía una vez por semana, ya estábamos en una etapa de terapia*

conductual”-mujer 6. Al respecto cabe argumentar que, en los casos de las participantes quienes sí hicieron una búsqueda de apoyo profesional de forma intencional, la información u orientación brindada por esta red de apoyo pareció haber influido directamente sobre la evaluación que estas hicieron de su situación y finalmente, sobre el tipo de estrategias de afrontamiento que pusieron en práctica.

Ahora bien, con respecto a la búsqueda de actividades como fuente de distracción y recreación, las mujeres entrevistadas comentaron el uso de esta estrategia lo cual fue coincidente en algunos aspectos con lo reportado por los hombres, sobre todo en lo relacionado a utilizar el ejercicio como un espacio de gratificación y escape del estrés provocado por el diagnóstico y tratamiento: “*a mí me gusta mucho el yoga entonces ahora lo hago más seguido*”-mujer 4. Sumado a lo anterior, en el caso de las mujeres las actividades sociales tendían a involucran también idealmente a otras personas: “*hacer ejercicio, andar en bicicleta, enfocarse en los sobrinos, en los proyectos de pareja, el compartir con los papás, los perros (...) el aprovechar a mis papás ha sido como un apoyo psicológico para todo esto*”-mujer 5, de igual manera: “*salir con mi mejor amiga, estar en la calle*”-mujer 4. Es importante señalar que también hubo quien manifestó la necesidad de hacer actividades fuera de la rutina pero de forma más individual: “*más bien ahora lo quiero hacer así, me voy a ir a la piscina, me voy a ir aquí o quiero hacer tal cosa, no sé, voy a tiendas, no solamente comprar ahí, hacer algo diferente (...) buscar esos espacios como para mí*”-mujer 7.

En consonancia con lo anterior, Hernández y Rodríguez (2011) sostienen que, mediante la práctica de la actividad física y la recreación de manera regular y sistemática como estrategias de afrontamiento a una situación estresante, las personas logran prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, lo que repercute en el desenvolvimiento de todos los ámbitos de la

vida cotidiana, lo cual concuerda con la intención de las entrevistadas al poner en práctica este tipo de estrategias.

➤ *Población Pareja:*

Al respecto de la búsqueda activa de apoyo social, a nivel de pareja únicamente se reportaron los casos de las parejas 1 y 2 los cuales decidieron buscar ayuda psicológica como parte del proceso que estaban viviendo. En el caso de la pareja 1, solicitaron asesoría por parte de la profesional en psicología que laboraba como parte del equipo interdisciplinario de la clínica de reproducción asistida en donde se trataron, así como también con una terapeuta individual, y en el caso de la pareja 2, fue con una profesional independiente posterior al momento de decidir suspender el tratamiento: *“ahorita que retomé la terapia con la psicóloga, de hecho es ahora estoy yendo a terapia con mi esposo, una vez al mes con él y una vez a la semana voy yo sola (...) En la terapia de pareja él ha estado anuente a trabajar el tema de la infertilidad”* - mujer 2 en relación la experiencia de la pareja. Lo anterior es digno de resaltarse debido principalmente a que pese a que la mayoría de las parejas admitieron durante la entrevista la urgencia de que la psicología forme parte de un tratamiento integral en infertilidad, a nivel de pareja solamente dos de ellas accedieron a este tipo de apoyo durante su proceso.

Por su parte, con relación a las actividades distractoras, se reportó la necesidad en al menos cuatro de las parejas de buscar intencionalmente actividades fuera de la rutina para lograr distraerse de los tratamientos y la espera de resultados, entre las mencionadas estaban visitas a la playa, salida con familiares, paseos en bicicleta, salidas al cine o a comer: *“íbamos mucho al cine o salíamos o así, nada fuera de lo normal pero cuando yo sentía que me iba a volver*

loca salíamos”-pareja 4. Asimismo, se debe destacar la particularidad del caso 7, los cuales reportaron que años atrás en un primer intento de varios ciclos de tratamiento, decidieron mudarse del país por una temporada como una estrategia para separarse de la frustración que les habían ocasionado los fracasos que habían tenido en relación a los tratamientos: “Hombre: En mayo de 2013 fue cuando se hizo la fertilización In Vitro, desde enero de ese año yo empecé unos trámites para irme a estudiar afuera para renunciar a mi trabajo para irnos, porque ya estábamos cansados y le echamos la culpa al trabajo, le echamos la culpa a las actividades, a la rutina, a todo eso, entonces tal vez sí desde las inseminaciones ya pensamos en buscar algo que cambiara nuestra rutina, pero no como pareja, no entre nosotros sino como pareja en general, entonces yo apliqué por una beca. Mujer: allá como que nos olvidamos de eso y dijimos bueno ya no vamos a pensar más. Hombre: nosotros no fue como que nos olvidamos de eso sino que dejó de ejercer presión”-pareja 7.

Categoría E: Reestructuración cognitiva

Esta categoría teórica corresponde al uso que hicieron los hombres, mujeres y parejas de estrategias cognitivas que les permitieron alterar el significado estresante del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, de forma que les resultara menos molesto o preocupante.

➤ Población Hombre:

Quizás la principal característica de la reestructuración cognitiva subyace en la capacidad de repasar el problema o situación estresante y darle un enfoque diferente, este tipo de recurso está directamente relacionado con la capacidad de resiliencia que una persona tenga, en el caso de los hombres entrevistados fue frecuente el uso de este tipo de estrategias: “*repaso el problema hasta verlo de una forma distinta: si no puedo tener algo y esto es lo que tengo,*

tengo que echar para adelante con lo que tengo, en lugar de estar anhelando lo que no tengo y descuidando lo que ya tengo, por estar queriendo algo diferente no voy a descuidar a mi esposa, como estamos, la relación, entonces al mal tiempo buena cara”-hombre 5.

La idea anterior, se puede ver reforzada por la capacidad expresada por uno de los participantes de valorar el diagnóstico de infertilidad como una condición “circunstancial” y no como algo determinante, lo cual es para las investigadoras, una estrategia que potencia la motivación y consecuentemente aumenta las posibilidades de perseverar en el tratamiento “en el momento en que se ponen en marcha estrategias de afrontamiento creativas para la toma de decisiones, las emociones negativas de frustración, impotencia y tristeza experimentadas al principio se transforman en confianza, esperanza y optimismo en conseguir el objetivo planeado” (Moreno-Rosset, 2009b, p.48-49) lo anterior se percibe en: *“simplemente es una situación que estamos viviendo y que no está saliendo bien dentro de las muchas posibilidades que pudieron haber no salido bien en una relación, esa puede ser la que nos tocó a nosotros”-hombre 7.*

En definitiva, afirman entonces, que este tipo de estrategias aportan la posibilidad de analizar las situaciones vividas a partir del diagnóstico, desde una perspectiva optimista; por ejemplo, en dos de los casos entrevistados se afirmó que las circunstancias experimentadas les permitieron “aprender lecciones de vida”, haciendo alusión a que a pesar de que las circunstancias asociadas a la condición de infertilidad están llenas de dificultades, también les aportaron aprendizajes significativos: *“yo creo que cuando las cosas se le dan a uno fáciles, uno deja de apreciarlas y cree que todo se lo merece y yo creía que todo me lo merecía. Yo sí creo que me tenía que pasar”-hombre 1.* En esa misma línea de ideas, los hombres que no habían podido concretar la paternidad, también recurrían a considerar los

aspectos positivos de no tener hijos: *“ahora pienso que no porque podría dedicarle mi tiempo a muchas otras cosas , podría ser una oportunidad inclusive para hacer muchas otras cosas verdad, porque diay los hijos le cambian la vida y lo logramos ver con algunos amigos, yo he podido hacer cosas y muchas cosas en los últimos años de mi vida porque no he podido tener hijos y muchas cosas que he disfrutado mucho y que me gustaría seguir haciendo”*- hombre 7.

Asimismo, destacó el alcance que alterar el significado de un evento estresante puede tener, al utilizar aquellos aspectos más negativos de la experiencia como incentivos para reforzar sus esfuerzos en pro de la meta de la paternidad, como se evidenció en el caso 3: *“cuando me enteré de que algún amigo iba a ser papá, lejos de enojarme eso afirmaba más y más en mí las ganas de ser papá. Mi énfasis era que yo estaba dispuesto a seguir y seguir y seguir, yo realmente tenía el ánimo y la visión de hacer todo lo que surgiera, yo estaba dispuesto a hacer inseminación, fertilización o a adoptar inclusive”* -hombre 3.

➤ *Población Mujer:*

En los resultados de esta investigación se encontraron evidencias de la forma en la que las mujeres entrevistadas tendieron a evaluar o reevaluar los eventos estresantes relacionados al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad con la finalidad de cambiar el significado atribuido a esas situaciones y así intentar disminuir el impacto sufrido. Las investigadoras, en consonancia con Leandro (2013) consideran que este tipo de estrategias les permitieron a las mujeres identificar los sucesos que podían ser modificados de su estructura cognitiva y cuáles estaban fuera de su control.

En primer lugar, hubo evidencias de procesos reflexivos originados en cuestionamientos de sus propias creencias sobre la forma en que debería estar esquematizado su proyecto de vida y la necesidad de ajustarlos a la nueva realidad: *“sí a uno le cambia como la manera de pensar, porque tal vez tenías como un pensamiento estructurado de que las cosas van a ser así, pero si las cosas no van a ser así, tengo que cambiar porque diay ya van a ser así”*-mujer 2, la misma estrategia se puede notar también en: *“lo que he aprendido sobre mí misma en todo este proceso: a romper modelos mentales, tengo que romperlos es importantísimo, el manejo del dominio personal, he aprendido un poquito sobre las claves de éxito, valores, a manejar mi realidad actual con mis posibilidades, eso me ha ayudado montones; que puedo tener sueños y que no necesariamente que no llegue a lo que soñé no es que no logré algo, siempre se logra algo”*-mujer 6. Por su parte, también hubo resultados dirigidos a la necesidad consciente de orientar los pensamientos de manera que les permitieron tener una actitud positiva sobre su situación, lo que en el análisis de las investigadoras potencialmente aumenta las posibilidades de perseverar en el tratamiento: *“después me digo -ay ya, ya, borre eso y déjese de tonteras- y ósea, verdad que tenga que ser va a ser y si usted realmente lo quiere lo va a tener de una u otra forma”*-mujer 7, de igual manera la mujer 5 reflejó esta misma estrategia pero enfocada hacia el futuro en: *“yo misma me trato de terapiar porque uno no puede estar sufriendo toda la vida verdad”*-mujer 5.

Finalmente, en esa misma línea de los pensamientos orientados a lo positivo de la experiencia, de forma concordante con lo reportado por los hombres, dos de las entrevistadas que además suceden ser quienes no llevaron a cabo tratamiento o no lo completaron, reportaron cogniciones referidas a destacar otras áreas de su vida que se han visto o podrían verse beneficiadas por el motivo de no tener hijos, de modo que esa reestructuración de su

pensamiento les permitió ver algo positivo en la experiencia de la infertilidad: *“hay más como una tranquilidad económica, porque yo siento que los hijos implican un gasto económico grande y esa tranquilidad económica ha generado que podamos pasear, a mí me encanta pasear y tengo que andar inventando para dónde yo agarro, como no tenemos hijos podemos salir a pasear y eso es como una motivación para mí para no sufrir, entonces siento que por ahí hay una tranquilidad en poder ayudar a mi hermano mayor y pasear nosotros, disfruto mucho en pareja, disfruto mucho a mis papás, entonces todo esto es como esa parte positiva”*-mujer 5, también se observó en: *“aunque me imagino que tener hijos debe ser una experiencia bonita, también conlleva una responsabilidad muy grande económicamente, entonces si tal vez para una pareja como nosotros, pues di es más flexible el hecho de poder hacer otros planes (...) yo en algún momento me he llegado a ver totalmente sin hijos, yo le he dicho a mi esposo, mirá si definitivamente no llegamos a tener hijos, pues di no sé, nos dedicamos a viajar, y alquilamos esta casa y nos vamos a vivir a una Torre a la Sabana o no sé”*-mujer 2.

Categoría F: Resolución de problemas

Este apartado corresponde a todas aquellas estrategias cognitivas y conductuales utilizadas por los hombres, mujeres y parejas encaminadas a eliminar el estrés que les producen los diversos acontecimientos relacionados a la infertilidad, mediante la participación activa en la modificación de ciertas situaciones.

➤ Población Hombre:

En general, la capacidad de modificar la situación vivida debido a un diagnóstico de infertilidad está limitada básicamente a la búsqueda de asistencia médica especializada y a

la decisión de someterse a los estrictos tratamientos que existen actualmente, por tanto, es en esta línea de ideas, que cuatro de los hombres entrevistados manifestaron su interés y compromiso para actuar sobre el único factor que podían controlar: constancia y adherencia a los tratamientos e indicaciones de los profesionales: *“vamos hasta donde llegemos, donde nos dé el espíritu, la plata, las ganas, el entusiasmo, lo que sea, mientras dure seguiremos y hasta donde nos digan los doctores, si le dicen a uno no va a suceder entonces uno dice -no diay está bien hay que resignarse- pero después de la segunda opinión”* -hombre 4. Sobre el nivel de compromiso sentido: *“lo que yo les puedo decir es eso, yo tenía un afán de seguir hasta las últimas consecuencias”* –hombre 3, y también: *“bueno yo lo seguiría intentando, porque yo soy de relaciones largas, de seguir intentado y seguir ahí y seguir ahí (...) yo no voy a renunciar a seguir tratando de tener un hijo con ella, hasta en el momento en el que ya diga -ya no quiero seguir más con esto- o a no ser que la vea que se esté lastimando demasiado”*-hombre 7.

➤ *Población Mujer:*

Son pocas las posibilidades de control sobre la infertilidad, su curso y su tratamiento, esta es incluso una de las principales características de la forma en que las personas afectadas tienden a percibir esta condición, por lo que no es de extrañar que tanto en la población de mujeres como de hombres entrevistados, la estrategia de resolución de problemas estuviera especialmente dirigida a aquellos pocos aspectos que sí se pueden controlar voluntariamente como es la búsqueda de consejería y tratamientos, lo que en algunos casos de las mujeres entrevistadas requirió visitar diferentes especialistas para agotar posibilidades: *“a nosotros, sí nos gustaría pues agotar todas las vías que hay, verdad (...) entonces pues yo le decía, que porque no buscábamos, no sé alguna otra manera (...) vamos a ver, es que no, nunca como*

que nos hemos caído, siempre hemos buscado segundas opiniones, terceras opiniones si es el caso. No es como que nos vamos a quedar con lo que diga fulano o mengano, no”-mujer

2. Sobre la base de las ideas anteriores, este tipo de estrategias de resolución para las investigadoras, parecen estar vinculadas con la capacidad de adaptación positiva que tuvieron estas mujeres para sobreponerse a la adversidad de los resultados negativos de los tratamientos: *“entonces igualmente lo hablábamos y decíamos bueno di no -vamos, ósea hagámoslo otra vez-, verdad, entonces así hicimos la segunda”*-mujer 7.

En la misma línea de la resolución de problemas como estrategia adaptativa, cabría mencionar la particularidad del caso 6, en el que se destacó la percepción de la mujer sobre los diferentes inconvenientes de los procesos de tratamiento como meros obstáculos que eran necesarios solucionar, lo que en su caso incluyó procedimientos quirúrgicos serios como la extirpación de las trompas de Falopio debido a su avanzada condición de endometriosis: *“para mí era un paso más para mi meta, era un paso más y tenía plena confianza en el doctor, yo iba a lo que iba y era una paso más para mi meta nada más”*-mujer 6, o incluso la necesidad de decidir de forma urgente y sin preparación emocional el proceder con un tratamiento In Vitro con ovodonación: *“pero yo no lloré, yo no estaba así conmovida no, yo me empoderé de tal manera que yo dije -si esta es la única manera y lo voy a lograr de esta manera y todos eran pasos y metas que yo tenía que irme quitando de enfrente a como fuera”* -mujer 6.

Por último, dentro del marco de las estrategias encaminadas a la participación activa en la modificación de ciertas situaciones, durante las entrevistas surgieron datos relacionados con la búsqueda de tratamientos alternativos como complemento a los tratamientos médicos tradicionales que hicieron al menos dos de las entrevistadas. Al respecto, se quiere rescatar

que al ser la infertilidad una condición tan antigua como la historia de la humanidad, existen innumerables casos registrados sobre métodos populares para aliviar esta enfermedad que han trascendido todas las épocas y culturas, por ejemplo prácticas que van desde “la ingesta de arcilla del Río Bayano por los indios cunas de Panamá, a los tratamientos de hidroterapia en aguas del Río Nilo en el antiguo Egipto o los manantiales fecundantes repartidos por toda España (Scott, 2004; Terrasa, 2000 citados en Giménez, 2012 p.5). Por tanto, visto de esta forma no es inusual que el deseo de tener descendencia sea tan importante, que tal y como se observó en esta investigación, en ocasiones cualquier método alternativo (acupuntura, preparados de hierbas, aceites de plantas, visita a lugares sagrados o incluso dietas específicas) puede percibirse como válidos: *“yo no perdí la esperanza de un milagro, de hecho ahí tengo las pastillas porque no me las terminé, tal vez como a los seis meses de haber pasado todo el proceso (...) yo pensé en la posibilidad de ayudarle a Dios a darme ese milagro, y empecé a averiguar qué posibilidades de menjunjes naturales había, que podían ayudarme a ovular y a la parte de la endometriosis y el asunto, y la posibilidad de tener relaciones cuando estaba ovulando. Empecé a tomar Onagra que es una mezcla de hierbas que ayuda a mejorar la calidad de la ovulación, que hacía más cantidad de óvulos de los que se dan, y averiguar científicamente porque obviamente mi formación [medicina] no me deja meterme cualquier cosa a la boca, en algún momento me puse a averiguar sobre la acupuntura, lo que pasa es que no encontré, sé que en otros países hay pero aquí no hay un acupunturista especialista en infertilidad (...) me leí un libro que se llama El milagro existe, que es de una muchacha que puede quedar embarazada con cambio de dieta y ejercicio”-mujer 6.*

La misma estrategia se presentó en: *“alguien me dijo, bueno una que tiene una clínica como de masajes me dijo que tenía como acupuntura y me dijo que tenía acupuntura para fertilidad entonces yo fui y fui hace como dos meses, fui hace poco y yo dije -bueno es que nada pasa- y sí, después mi papá andaba en Paraguay y ahí es como muy indígena y chamánico, me dijo que me había traído un bebedizo (...) yo soy más chamánica que mi esposo en ese sentido, si yo me lo tengo que tomar, me lo tomo, mientras no sea un veneno extraño ahí, pero si son matas, si es así como más alternativo, ósea yo no dejo de creer en eso entonces sí”*- mujer 7, aunado a esto la misma participante señaló: *“ahora hace poco estuvimos en Japón y yo siempre estoy con eso -vamos ahí, porque supuestamente pasar por allí, es que se cumplen los deseos, que son las puertas de la fertilidad (...) yo digo bueno de todo, si tengo que tragar agua bendita del río no sé qué, me la tomó, y di por esas ganas, pero sí diay es un proceso”*- mujer 7.

Categoría G: Afrontamiento espiritual religioso

Esta categoría teórica se va a entender como todas aquellas estrategias encaminadas a la utilización de creencias y/o comportamientos espirituales y/o religiosos para explicar, prevenir y aliviar las consecuencias negativas de los sucesos estresantes relacionados con la infertilidad.

➤ Población Hombre:

Con respecto al empleo de este tipo de estrategias, se evidenció en las entrevistas una necesidad de justificar las razones de haber tenido que experimentar el diagnóstico por infertilidad y las distintas fases emocionalmente desgastantes que implican los tratamiento de esta, asociándolo con una “prueba de Dios”: *“creo que el término correcto podría ser, una*

prueba de Dios, si lo referimos a nuestra fe, una prueba de Dios, porque como pareja tenemos nuestros factores negativos, nuestros factores de pecado, nuestros factores de errores pasados si ustedes quieren ponerlo en términos más secular, por eso dije, diay tengo una responsabilidad sobre eso o Dios quiere ponerme una prueba que yo deba responder y esa prueba es mía y de mi esposa también. Yo creía que era una prueba que yo tenía que asumir, como responsabilidad como esposo, como no sé, como responsabilidad como papá”- hombre 3, este tipo de afrontamiento evidenció para las investigadoras, la necesidad que existe de atribuir a factores externos a su control la naturaleza de las experiencias que se tienen.

Directamente relacionado con lo anterior, también existió la manifestación de la “espera de un milagro” denotando igualmente la inclinación a atribuir a factores externos la capacidad de determinar si el esfuerzo que se realiza en pro del objetivo de la reproducción, tiene una relación contingente a sus conductas, su condición biológica o a factores fuera de su control, lo que según la observación de las investigadoras genera una especie de alivio momentáneo: *“me entiende, ahorita todavía existe la posibilidad de un milagro verdad”, yo nada más espero el milagro listo, no hay nada que te pueda dar una respuesta, aquí no es algo de dinero ni de doctores”* –hombre 4.

Por otra parte, también existió el reporte de que al menos dos de los hombres de esta muestra experimentaron un sentimiento de enojo con Dios, relacionado en primera instancia con la confirmación de la incapacidad de procrear de forma natural, y en segundo lugar estos sentimientos se vieron reforzados ante los fracasos en los tratamientos: *“después de la FIV como que se enojó con Dios, está enojadísimo con Dios”* –mujer 6 en relación a su esposo no entrevistado.

Cabe mencionar en este apartado, que a diferencia de lo manifestado por la población femenina de esta muestra, los hombres entrevistados no reportaron haber encontrado un consuelo o confort en prácticas específicas de tipo religioso o apoyo espirituales-religioso para la situación específica de la infertilidad su diagnóstico y tratamiento.

➤ *Población Mujer:*

Los datos reportados por las mujeres entrevistadas para este estudio demostraron que la totalidad de ellas mantenía prácticas espirituales-religiosas que tuvieron algún impacto en su experiencia con la infertilidad, lo cual coincide con los datos reportados por otras investigaciones que consideran ambas variables (Sewpaul, 1999; Domar, 2005; Latifnejad, Allan y Smith 2007).

Partiendo de la idea anterior, los discursos de las mujeres participantes fueron coherentes con lo planteado por la investigación de Pargament et al. (2004) respecto a que existen diferentes formas de afrontamiento espiritual-religioso, algunas de las que pueden considerarse positivas, como por ejemplo lo es el lograr redefinir la causa del estresor infertilidad a través de explicaciones espirituales-religiosas, tal y como claramente lo ejemplifican estas palabras: *“Dios creo que ese sufrimiento lo da por alguna razón”*-mujer 6. A este respecto, según lo analizado por las investigadoras, de la misma forma que en la población masculina se reportó como *“una prueba de Dios”*, también en las mujeres participantes hubo una tendencia a adjudicar las razones o causas de su experiencia en los planes de un poder superior: *“pero en la vida Dios todo lo hizo perfecto también, verdad, si no lo hubiera hecho así, uno hubiera quedado embarazada naturalmente (...) yo siempre le decía a mi esposo, bueno mire, Dios todo lo hizo perfecto, mire que usted no puede tener hijos y yo tampoco me muero por tener*

hijos”-mujer 2, también se puede observar en: *“hay mujeres que se les mueren los hijos y eso sí sería como peor, seguro por eso Dios no me ha dado pero ni una prueba de embarazo porque imagínese qué es perder un hijo, o sea eso sería pero fatal verdad (...) no sé, tal vez Dios sabe por qué hace así las cosas”*- mujer 5.

En esa misma línea, otra idea que se rescató fue aquella referida por las investigadoras como la estrategia encaminada a depositar el locus de control de la situación en un factor externo, como es el poder atribuido a Dios, para de esa forma aminorar la ansiedad que genera el no poder tener control sobre el cuerpo o sobre los resultados de los tratamientos: *“sí me gustaría ser mamá pero que Dios me lo mande y si no, entonces no. ¿Por qué? Porque yo también tengo que respetar las decisiones de él (...) yo dije si tiene que darse y está en las manos de Dios voy para adelante pero, si en los planes de Dios está no tenerlos, no se tienen verdad, muchas veces uno tiene que respetar las cosas de Dios”*-mujer 5. Al respecto, urge señalar que ese tipo de pensamientos tendientes a la aceptación de la situación, frecuentemente y de forma paradójica se vieron acompañados de cogniciones asociadas a la espera de “un milagro”, como también se registró en los resultados de la población de hombres: *“porque yo sé que ya no puedo ser mamá, tengo una leve ilusión de que Dios me va a hacer el milagro, yo creo que yo voy a tener sesenta años que yo voy a seguir esperando el milagro”*-mujer 5, que también se presentó en: *“uno se agarra de todo, yo que tampoco soy como muy de Dios y esto, pero hasta en Dios me he (...) si Dios quiere, yo tengo la fe que en mayo nos digan que sí podemos ir a Panamá”*-mujer 7.

De acuerdo con lo planteado, también se podría considerar una estrategia espiritual-religiosa positiva el llevar a cabo conductas específicas asociadas a rituales religiosos, para cambiar el enfoque del estresor, lo cual a diferencia de los resultados de la población de hombres, sí se

evidenció en al menos dos de las mujeres entrevistadas: *“no sé por qué me nació hacer la Virgen de Guadalupe [se refiere al ritual de realizar una novena]. Entonces, yo empecé a reflexionar y dije, nos casamos un 12 de diciembre, día de la Virgen de Guadalupe, el día que vinimos a conocer esta casa yo tenía un rosarito del Virgen de Guadalupe y el crédito y compra de la casa se dio fluido. Entonces empecé a ver señales, me encontré otro rosarito y era de la Virgen de Guadalupe, luego me invitaron a un rosario de la Virgen de Guadalupe. Para mí todo eso eran como señales. Pero me hizo sentirme muy bien, realmente yo me sentí muy bien haciéndolo, lo hacía porque yo quería no porque nadie me dijo y desde ahí como que me confortaba”*-mujer 1. Vale destacar que en el caso tres, se reportó que la participante ante cuadros de insomnio acudía a conductas como la lectura de la Biblia para calmar su ansiedad: *“me quedaba leyendo la Biblia”*-mujer 3. Sobre este punto, cabe señalar que también al menos dos participantes recurrieron a otras conductas más de tipo espiritual como el acercamiento a la metafísica o también a la práctica de la meditación como recursos de apoyo: *“yo meditaba sola mucho, muchísimo antes de dormir o en la oficina”*-mujer 1.

Finalmente y en concordancia con Pargament et al. (2004) también existen otras prácticas que pueden ser consideradas negativas, en tanto la estrategia esté orientada por ejemplo a redefinir el estresor de la infertilidad como el castigo de Dios o mediante la dirección de los sentimientos de enojo e insatisfacción con Dios en la situación estresante, las cuales también se plantearon en al menos tres de las entrevistadas: *“todo a veces gira en torno a esa misma línea del enojo, independientemente de que yo ame a Dios, y que yo crea mucho en Dios, no sé hasta qué punto es normal o no, di uno a veces se enoja con Dios”*-mujer 2.

➤ *Población Pareja:*

Tal como se ha venido mencionando a lo largo de los análisis individuales por género, existió también evidencia de al menos tres parejas que utilizaron prácticas religiosas como estrategia conjunta. Investigaciones recientes como la de Aflakseir y Mahdiyar (2016) argumentan que las prácticas religiosas como la oración pueden ayudar a las parejas a hacer frente a las condiciones estresantes propias de un proceso de infertilidad, ya que estas les permiten entre otras cosas adaptarse a las condiciones que experimentan: *“se me olvidó contarles algo muy importante para nosotros, el día antes de la cita en la que íbamos a sacarme sangre para ver si estábamos embarazados o no, teníamos un nivel de ansiedad los dos, me acuerdo. Entonces estábamos en la sala de tele, y yo empecé a sentir dolores de ovario, yo llegué a donde mi esposo a llorarle, y le dije -es que siento dolores de ovarios-. Y él me dijo –tranquila, oremos-. Y no sé si ya saben que hay un pasaje de la Biblia, bueno, en la Biblia hay muchas mujeres estériles y hay un caso que se llama Ana. Y dice la Biblia que ella le oraba al señor, iba al templo y le decía: "dame un hijo, dame un hijo"- pareja 3. La utilización conjunta de este tipo de estrategias también se vio reflejado en: “nosotros hacemos novenas, mi esposo y yo, y vieras las cosas que hace Dios, oramos a la infancia de Jesús porque hay mucho poder ahí y Dios nos concede muchas bendiciones. Yo voy un poquito más a misa que él, pero ni tanto, sí rezamos mucho eso sí juntos y por separado, yo todos los días rezo, yo cuando ando en bici veo una cuesta y ahí me pego, hay unos que oran a una imagen, otros de rodillas, yo ahí para arriba [risas]”-pareja 5.*

Categoría H: Paternidades y maternidades alternativas

Esta categoría teórica refiere sobre el conjunto de estrategias utilizadas por hombres, mujeres y parejas referidas a la búsqueda de opciones alternativas para ejercer el rol de padre y madre por medio de vínculos cercanos con mascotas, familiares, amistades, así como también mediante la adopción o donación de gametos.

➤ *Población Hombre:*

En primer lugar, existe reporte de que algunos de los entrevistados, encontraron en sus mascotas una opción alternativa para ejercer su rol paterno, proyecto que usualmente comparten con la pareja: *“yo le digo a la gente que yo soy el papá de Sakky y Oro, pero en el sentido de que igual que una persona adopta a otra persona, a otro ser vivo, que la sangre no es mi sangre, yo los adopté en papeles y todo, yo soy el papá de ellos aunque no tengan la misma sangre, pero soy el papá porque los cuido, los consiento”*-hombre 5, sobre esto es importante destacar que si bien los hombres que lograron la paternidad, también reportaron haber experimentado este tipo de vinculación durante los tratamientos, ambos aclararon que una vez logrado el nacimiento de sus hijos, los animales a pesar de seguir siendo muy significativos, retornaron a tener una posición de mascota dentro de la dinámica familiar.

En segundo término, se encontró que algunas de las personas de esta población experimentaron la tendencia a asumir roles paternos con algunos miembros de su familia ejercidos mediante el aporte económico y cuidado, aspecto que fue asociado a una necesidad de “tener a alguien a quien cuidar”: *“si me preguntaran yo creo que puedo vivir así toda mi vida verdad, porque buscaría tal vez otras formas u otras actividades u otras personas con quien llenar digamos esa necesidad de enseñarle o de cuidar”* -hombre 7.

Por otra parte, surgieron otras alternativas con incidencia más directa sobre su composición familiar, sobre esto, los hombres en los que la paternidad sí era parte de su proyecto de vida desde antes del diagnóstico, la adopción sí se presentaba como una opción viable incluso como la segunda estrategia a recurrir directamente si los tratamientos fracasaban: *“yo sí quería ser papá en el sentido de que quería experimentar eso, no es que por lo de plenitud, es que siempre quería ser papá. Entonces yo sí había hablado con ella, en que si no hubiéramos podido, que si estaba abierta a una adopción y ella sí me había dicho desde el principio que sí, quizás por eso es que no hubo tanto roce”* -hombre 1. Ahora bien, por su parte, en el caso de los hombres en donde el proyecto de la paternidad no formaba parte de sus metas de vida previo al diagnóstico, la opción de la adopción era visto como un plan de contingencia y como la última posibilidad a contemplar. Sin embargo, a pesar de esta salvedad, sí fue evidente en lo reportado por estos hombres, que la idea de la adopción en general, es percibida como mucho menos retadora que la de un donante de espermatozoides: *“yo hubiera estado de acuerdo en adoptar, pero no en un donante”* -hombre 1, esto a excepción del caso 2, que debido a que el factor de infertilidad era de origen masculino el hombre parecía tener mayor apertura a esa posibilidad: *“entonces mi esposo de hecho toda la vida ha sido como muy abierto a eso -mirá pero ¿para qué vamos a seguir en esto? hágase una fertilización con un donante- la que siempre ha insistido de que yo quiero agotar hasta lo último, he sido yo”* –mujer 2 en relación a su esposo no entrevistado.

A su vez, se debe indicar, que hubo quien también manifestó que los tratamientos de fertilidad asistida no constituían una opción debido a que, consideraban que tendrían una dificultad para vincularse con ese hijo o hija de la misma manera que con uno o una concebido naturalmente. Al respecto, las investigadoras advierten, que este resultado podría estar

originado en la desinformación con respecto a los tratamientos y en una importante reticencia a conseguir la paternidad: *“yo creo que la Fertilización In Vitro o cualquier tratamiento, o sea yo no, por mi forma de ser y todo, yo no vería a ese hijo como si fuera mi hijo, porque no lo asimilaría así”* -hombre 5. Sin embargo, las experiencias clínicas anotadas en la teoría, son claras en advertir que en algunas personas existe un temor relacionado a la falta de vínculo genético con un hijo o hija producto de donación de gametos, lo que hace que estas personas pierdan de vista el fin de tener un hijo y se centren excesivamente en el medio por el que lo van a conseguir, con las potenciales consecuencias de esa línea de pensamiento (Lasheras y Clua, 2012).

➤ *Población Mujer:*

Durante el análisis de las entrevistas, surgieron de forma frecuente muestras de conductas realizadas por las mujeres participantes, orientadas a ejercer el rol materno en su relación con otros miembros cercanos, por ejemplo con los sobrinos, acciones que en al menos uno de los casos era abiertamente postulado como tal e incluso tolerado por la dinámica familiar: *“yo soy mamá de mis sobrinos así lo veo yo, yo soy la mamá de mis sobrinos, mis cuñadas me permiten muchas cosas, ellas entienden mi problema y ellas lloran conmigo entonces me permiten ser mamá (...) mis sobrinos son un gran desahogo para mí (...) con mis sobrinas yo soy muy mamá y yo parezco, a veces yo me pongo a ver que Super Babies y la Aventura de ser Papá y Mamá, yo leo artículos de papás, porque a mí me interesa para mis sobrinos”*-mujer 5. Igualmente podría analizarse que en algunos casos es una dinámica propiciada por las redes de apoyo como una forma de compensación: *“siendo la tía puedo vivir feliz (...) yo siempre he estado muy cerca de niños y los de mis amigas (...) siempre me han puesto como*

de madrina, entonces siempre he estado con chiquitos y me encantan, y tengo como no sé cuántos ahijados”-mujer 7.

Por otra parte, existen evidencias de que al menos tres de las mujeres entrevistadas tuvieron experiencias relacionadas con adoptar roles maternos con sus mascotas como una opción alternativa a su situación: *“esa es mi vida, Sakky y Oro que son mis hijos perrunos, yo les doy amor, mi esposo les da comida, baño, él es un gran papá, yo soy una gran mamá (...) mi familia es mi esposo, es Sakky y es Oro (...) Oro ha sido como un hijo para nosotros, es bravo, es chineado y Sakky llegó este año que yo estaba muy triste, porque a mí me daba tristeza saber que uno no puede ser mamá (...) cuando adoptamos a Sakky fue como un cortar porque Sakky era así tan chiquitita y yo me la abrazaba y alzaba así como un bebé y a veces mi mamá me regaña y me dice que yo veo a la perra como si fuera un humano, por eso no le pongo ropa, porque diría esta está jodida de la cabeza yo creo”-mujer 5.* En este caso particular en que la pareja decidió no realizarse ningún tratamiento, es comprensible que sea el caso en el que la relación con las mascotas tenga un rol tan predominante de compensación incluso de forma evidente para la participante: *“yo digo que ella es mi bebé, que es mi chiquita, la acuesto en la cama conmigo, le doy besos, juego con ellos, yo sé que son perros pero para mí son mis hijos, yo les puedo dar a ellos mucho amor que no le puedo dar a un hijo”-mujer 5.*

Con referencia a lo anterior, vale destacar que en los dos casos en los que se logró concretar la maternidad, también las mujeres manifestaron haber experimentado vinculaciones importantes con sus mascotas durante los tratamientos, sin embargo, quedó claro que una vez logrado el nacimiento de los hijos, los animales fueron relegados a tener una posición de mascota: *“Brownie compartía con nosotros todo el tiempo, tenía su camita dentro de la casa*

y pasaba siempre adentro incluso durante el embarazo, el problema fue cuando nacieron los bebés, si yo lo eché por miedo de una enfermedad por ser prematuros”-mujer 1.

Ahora bien, como parte de esta categoría de estrategias alternativas, es indispensable reportar los resultados referentes a la consideración de la adopción como posibilidad para concretar la maternidad y también las opciones de tratamiento con gametos donados, el cual además de que fue practicado en uno de los casos, cobra relevancia en tanto fue propuesto como curso de tratamiento para cuatro de las entrevistadas. Partiendo de lo anterior, ciertamente llegar a estas opciones conllevó un sufrimiento y pérdida para las participantes, ya que supuso decidir o al menos contemplar la idea de prescindir de la ilusión de tener hijos biológicos, por tanto y en consonancia con Roca (2009) esto generó en ellas cuestionamientos referentes a la renuncia de la participación de su material genético como parte del proceso de convertirse en madres, lo que conllevó a diversos procesos de ajuste tal y como se propone en la familia teórica “Duelo”. Teniendo claro eso, el enfrentarse a esas pérdidas desencadenó en los cuatro casos una importante serie de dudas y miedos que iban desde cuestionamientos sobre el origen del material genético, hasta sobre cuál sería entonces su rol si biológicamente no tendría una participación, aspectos que han sido estudiados en desarrollos sobre el tema (Baccino, 2012): *“hablaron de la fecundación y hablaron de muchas cosas y lo hemos hablado y lo hemos conversado pero para mí no es algo que a mí me nazca, ni adoptar ni hacerme un procedimiento de fecundación (...) él me explicó la solución [se refiere al especialista en medicina reproductiva] yo no la quise aceptar, ¿por qué? porque a mí me pareció y yo le dije -dijay pero ¿cómo van a escoger un óvulo ahí de cualquier mujer?, o sea yo no sé quién es la mujer- (...) entonces yo me imaginé como viendo un álbum de mujeres como escogiendo a la mamá de mi hijo y eso no me gustó”-mujer 5,* lo que también se puede

analizar en: *“yo creo que es algo que tendría que hablarlo con mi esposo porque al final de cuentas si nos vamos a la parte científica, que ya mi material genético no está ahí, realmente la decisión la tendría que tomar él, es su parte, es su 50%, por mi cargarlo lo cargaría, al final yo sería obviamente la mamá que lo carga y obviamente la mamá que lo cría, entonces al final sería igual una decisión de pareja y que él tome la decisión de su 50%. O sea yo con mucho cariño lo cargaría por su puesto, si es lo que él quiere, si al final decidimos irnos por adopción, nos vamos por la adopción”*-mujer 7.

En esa misma línea de ideas, dos participantes reflexionaron incluso sobre la dificultad de tomar una decisión, ya que además de que existe un duelo por el material genético de la pareja escogida, se enlaza con la tesis que se ha venido sosteniendo de que las implicaciones de la toma de este tipo de decisiones tienen consecuencias mucho más profundas que una mera decisión procedimental como se ha querido ver por la medicina, ya que impacta todas las áreas de la o las personas involucradas: *“tomar como la decisión no es tan fácil porque a lo último [inicia llanto] vos luchás y luchás y luchás para tener un hijo de tu esposo, entonces no es tan fácil de decir, ah sí tengo un donante (...), al final de cuentas no es tan fácil, yo creo que tiene que ser una decisión muy pensada, si definitivamente vas a traer una vida, aparte de eso el día de mañana, tenés que saber que le vas a decir a tu hijo, verdad si le vas a decir una mentira toda tu vida o si le vas a decir la verdad y hay una serie de cosas verdad, no es como tan sencillo venir y decir y si yo me hago una fertilización con un donante”*-mujer 2.

Sobre el mismo tema, urge destacar el caso 2, en donde la participante se sometió a una Fecundación In Vitro mediante ovodonación, tema que despertó importantes reflexiones posteriores en ella durante la entrevista, las cuales giraron en torno a las secuelas que esa

decisión tomada de forma urgida e impulsiva tuvo a nivel personal y de pareja. Asimismo, este caso resalta lo delicado que resulta aceptar socialmente que un hijo o hija no proviene directamente del material genético, razón por la que autores como Baccino (2012) advierten que ese tipo de situaciones suelen guardarse como secretos familiares absolutos con las consecuentes secuelas que conllevan dentro de la pareja y en la relación con las y los hijos: *“salí de ahí contenta como si lo que me hubieran puesto fueran mis óvulos y lo que le dije a mi esposo fue -esto muere con usted y conmigo [llora] en una tumba, nadie va a saber esto, ese hijo es mío y punto- [llora], él se volvió y me dijo -sí mi amor lo que usted diga-”*-mujer 6.

Por otra parte, como parte de las opciones alternativas para concretar la maternidad, dos de las mujeres entrevistadas consideraron la adopción como una posibilidad, incluso en el caso 6, la entrevistada y su esposo llegaron a tener una cita en el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) como primer paso del proceso formal que establece esa institución: *“y me leí un libro “Criando tigres de peluche” la historia de una española que adoptó una niña colombiana de seis años y cuenta toda su experiencia desde el proceso de conocerla, y todo como que me abrió a mí la mente a otras posibilidades, me puse mucho a leer sobre qué es la adopción, cómo les va a las familias en adopción, entonces yo creo que me hizo un marco que me permitió contestar mucha de esas preguntas sin querer queriendo [se refiere a entrevista en el PANI]”*-mujer 6.

Por su parte, en el caso 7, sí se tomó en consideración el llegar a ser madre adoptiva pero siempre como una posibilidad última ante el posible fracaso de los tratamientos en los que se encontraban en el momento de la entrevista: *“yo sí me veo siendo mamá y si no es que lo podemos tener nosotros, por In Vitro o lo que sea, diay siempre hemos pensado en adoptar*

también como un plan B (...) yo sí me veo siendo mamá de un bebito de nosotros verdad, no es necesariamente que sea de nosotros verdad que lo tengamos, trataremos y todo, pero bueno ya sino, pero sí yo sí siento que tengo eso ahí como que me hace falta algo [silencio]”-mujer 7.

Finalmente, se desea reportar que el caso 3 en donde la pareja sí logró llegar a ser padres mediante la técnica de Inseminación Artificial, la participante comentó que debido al desgaste emocional, físico y económico vivido durante los tratamientos de reproducción asistida, ella consideraba que difícilmente volverían a someterse de nuevo a la misma situación por lo que la adopción volvía a colocarse como una posibilidad para aumentar su familia: *“sobre adoptar es muy curioso porque de hecho últimamente lo hemos discutido un par de veces y no es un tema fácil tampoco”-mujer 3.*

➤ *Población Pareja:*

A nivel de resultados de pareja, tal como se ha venido planteando con las poblaciones individuales, la vinculación con mascotas fue muy común entre los entrevistados, haciendo la salvedad de que a pesar de que este tipo de roles se reportaron de forma individual, usualmente era una práctica compartida por la pareja. Por su parte, con respecto a los resultados sobre la vinculación con otros miembros de la familia como una forma compartida de ejercer sus roles parentales, surgió únicamente en una de las parejas: *“nosotros somos tíos y tenemos ahijados y mi esposa tiene un montón de ahijados y siempre hay chiquillos aquí”-pareja 7,* lo cual sugiere que esta estrategia de parentalidad alternativa usualmente era buscada por solo uno de los miembros entrevistados, para suplir una necesidad personal más no de pareja.

Ahora bien, con respecto a la opción de la adopción, es importante anotar que los resultados a nivel de pareja son consistentes en lo reportado a lo largo del documento, respecto a que la adopción fue percibida en algunos casos, tanto de forma individual como en pareja, únicamente como alternativa de última prioridad, aplicable solo en el caso de agotar cualquier otra forma de tratamiento para lograr una maternidad y paternidad biológicas: *“hemos pensado en adoptar también como un plan B, porque a mí me encantan los chiquitos y a mi esposo también. Ser tíos es lindísimo porque uno se los trae y los tiene y todo, pero claro es como eso de que sean de uno, es que por más que sean tus sobrinos o tu familia no son de nosotros”*-pareja 7. Asimismo, de forma consistente con lo planteado por Guerra (2009), también existieron declaraciones de algunas parejas que tenían la opinión de que una hija o hijo debía ser biológico, por lo que descartaban la adopción como una opción alternativa: *“la fertilización ni adoptar nunca ha sido una solución”*-pareja 5, una idea homóloga se encontró en: *“Interviene investigadora: Nos dicen que nunca han hablado muy en serio de la adopción, ¿en algún momento han tocado el tema?. Hombre: para asegurarnos que no es una opción sí, no es que no estamos embarazados entonces vamos a adoptar de una vez. Mujer: No es como un plan B, que suena feo, yo siempre he sentido que la adopción es muy linda, nace diferente, no nace porque no pude tener un bebé y voy a ir a adoptar, el sentimiento, las parejas que adoptan que lo hacen de verdad yo las admiro muchísimo porque es una decisión bastante complicada, pero es algo que nace, es algo que nace diferente”*-pareja 4. Sobre este punto se anota que según la teoría del tema “estudios sobre esta población, han sugerido que son parejas que en el seguimiento posterior, muestran mayores índices de dificultades psicológicas e insatisfacción con sus vidas” Domar (2004, citado en Guerra, 2009, p.84).

Respecto a estos mismos resultados, conviene aclarar que a pesar de que en uno de los casos entrevistados sí se manifestó que la pareja se acercó a realizar una primera etapa del extenso y complejo proceso de adopción, de forma consistente con los desarrollos teóricos sobre el tema, este tipo de acciones en algunas ocasiones son motivadas y perseguidas por solo uno de los miembros, por lo que a pesar de ser ejercidas en pareja usualmente no es un proyecto de motivación conjunta: *“yo de vez en cuando le decía -mi amor y ¿usted no ha pensado en adoptar?-, -mirá qué difícil vos sabés que a mí eso me cuesta mucho, diay podría ser- me decía, en una conversación en la cama y él seguía viendo tele. Un día me volví y le dije -mi amor ¿qué te parece si vamos haciendo trámites a ver que sale? y si no se da qué importa, al menos lo intentamos-, como siempre yo puyando, empujándolo y empujándolo, y entonces me dice -bueno, bueno- y entonces ese día en la mañana me metí a ver los requisitos y llamé al PANI (...) Llegamos al PANI y nos pasa la psicóloga y lo que les conté, no nos fue nada bien”*-mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja.

Sobre las actitudes expuestas por las y los participantes con respecto a la adopción, estas posiblemente se deban a que en la mayoría, los procesos de duelo con respecto a la paternidad y maternidad biológica, no se habían aún consolidado, por lo tanto estas personas no tenían en general aún la capacidad de reformularse sus expectativas y creencias sobre su proyecto de paternidad, tal como lo sugieren Negre y Roca (2012) como un paso fundamental para que las parejas estén preparadas para considerar la adopción como una alternativa real y viable, resaltando que *“estar listos para adoptar supone renunciar al 100% del vínculo genético por parte de ambos”* (Lasheras y Clua, 2012, p.43).

Por su parte, en relación a la ovodonación como una alternativa, se destacó en los discursos el impacto emocional que evocó en la pareja la primera noticia de parte de la persona

especialista de que este posiblemente sería el único o el siguiente curso de tratamiento, lo cual según las investigaciones previas sobre el tema tiende a “producir en la pareja shock, negación, ira, culpa, tristeza, entre otras emociones negativas”(Albornoz, 2014, p.53) tal como fue reflejado en los resultados expresados por la población entrevistada: “*Hombre: en la última reunión que tuvimos nos dijo -si no pasa esto, vamos a entrar en tratamiento y si esto no sucede hay que pensar en otra cosa totalmente diferente. Mujer: sí como que uno se choquea. Hombre: sí fue impactante que el doctor dijera -mirá si esto no pasa, entonces mirá aquí tengo este catálogo de donantes de óvulos- yo no me esperaba eso*”-pareja 7. Al respecto de la escogencia de esta opción como alternativa, se recuerda que de las personas entrevistadas, únicamente en el caso 6 se llegó a utilizar ese curso de tratamiento, sin embargo fue claro que esa decisión de la pareja no fue previamente consensuada sino más bien tomada en el acto ante la emergencia, lo cual trajo posteriores consecuencias a la vinculación de la pareja tal como se explica en este trabajo.

Ahora bien, con respecto al resto de parejas entrevistadas se observaron tres escenarios, el primero en el que la pareja en conjunto prefería utilizar la estrategia de evitación del tema a modo de factor protector para dedicar su atención al proceso de tratamiento que estaban atravesando, considerando la opción como una alternativa a considerar hasta que fuera estrictamente necesario, lo cual tiene consistencia con lo indicado por Albornoz (2014) “esta alternativa de tratamiento también puede afectar la dinámica de pareja, pues con frecuencia las parejas evaden el tema, no lo conversan y no lo afrontan prontamente, ya que el hacerlo los hace sufrir” (p. 53). Sobre este escenario se encontraron los siguientes resultados: “*Mujer: no sé si lo haríamos ¿verdad? yo siempre le he dicho a él, donación de gametos OK, tendría que el doctor vendérmelo muy bien porque yo sé que la donación de gametos es un óvulo, es*

un espermatozoido y todo, pero es diferente no son mis óvulos son los hijos de otra persona con mi esposo, aunque le dicen a uno que no, que todo el crecimiento y vínculo con la madre tiene mucho que ver, pero no sé, a mí todavía no me termina de convencer, lo he hablado con mi esposo y creo que lo pensaríamos hasta cuando el doctor diga -mire les va a tocar hacer esto-. Hombre: pero tampoco lo hemos hablado mucho, el enfoque, el 98% de la situación es que nosotros lo podamos hacer, de nosotros dos es lo que queremos [silencio] no lo hemos conversado así como, en realidad mucho no”- pareja 4. Una idea homóloga se encontró en la siguiente frase: “en la condición que estamos actualmente, tal vez uno siempre sigue negándose (...) no lo hemos conversado, no lo hemos conversado y son opciones que están ahí, pero no sé, es como entrar en el proceso de todas las hormonas que tiene que inyectarse ella, pensando en que no va a funcionar, es un poco de expectativas si llega el momento y se da y lo vemos, porque la expectativa es que no sea necesario, entonces no lo hemos conversado (...) pero es una opción verdad”-pareja 7.

El segundo escenario fue el caso de discrepancias sobre la temática a lo interno de la pareja, en donde uno de los miembros sí lo consideraba como un tratamiento alternativo y el otro no: “te dan la posibilidad de hacer una inseminación artificial con un donante, verdad, entonces mi esposo de hecho toda la vida ha sido como muy abierto a eso –mirá, pero ¿para qué vamos a seguir en esto?, hágase una fertilización con un donante- la que siempre ha insistido de que yo quiero agotar hasta lo último, he sido yo”-mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja, lo mismo en: “Hombre: ¿qué pasa si yo hubiese sido infértil?. Mujer: diay conseguimos un donante [silencio largo de ambos] y lo conseguimos lo más parecido a usted. Hombre: es que es ahí donde, yo ahí no, yo hubiera estado de acuerdo en adoptar, pero no en un donante. Mujer: ¡oh!, bueno ok yo hubiera respetado eso, donde él

me dice mirá yo no quiero tu óvulo con otro espermatozoide”-pareja 1. Y finalmente se dio el caso en donde fue absolutamente descartado por ambos desde el inicio, como ya se ha mencionado en el caso de la pareja 5.

Categoría I: Apropiación del lenguaje técnico

Este apartado refiere sobre el conocimiento y manejo de terminología especializada en infertilidad que los hombres y las mujeres utilizan como estrategia encaminada a eliminar el estrés que les produce la interacción con los diferentes protocolos de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

Entre los resultados más relevantes, se evidenció que algunos hombres entrevistados encontraron más seguridad en lograr comprender y manejar el lenguaje técnico clínico de conceptos, técnicas o medicamentos con el fin de desarrollar una conversación con el equipo médico de forma más simétrica, lo que los llevó a investigar por sus propios medios sobre estos temas y a hacer las consultas necesarias a los especialistas. En perspectiva de las investigadoras, esta estrategia les permitió lograr algún nivel de control sobre la situación: *“en general uno aprende, a uno le dan lecciones que no vive, no había vivido antes, yo también aprendo términos médicos”*-hombre 4, asimismo: *“yo ya me impacienté un poco y sí ya empecé a investigar con el doctor por aparte que es lo que había que hacer”*- hombre 1, también se observó en: *“nosotros nos educamos de la teoría pero aun no habíamos todavía vivido en carne propia qué era”*-hombre 3.

Con relación directa a lo anteriormente expuesto, el hombre del caso 1 reportó haber utilizado la estrategia de reunirse independientemente con el especialista médico, incluso sin el conocimiento de su pareja, con la intención de poder hablar con el médico “de hombre a hombre” buscando una posición de mayor simetría y control, justificando su estrategia con la necesidad de conocer los detalles que en su opinión el equipo médico no le comunica a las mujeres para evitar ansiedad anticipatoria: *“yo fui a cita solo con él, entonces yo le pedí hablar al doctor de hombre a hombre y le dije: yo quiero que usted me diga a mí y me informe antes, para yo estar preparado e ir ayudando a mi esposa, porque yo la conozco mejor que ustedes”*-hombre 1. Esta estrategia y la anuencia del especialista ante su demanda, ejemplifica la necesidad de tomar en cuenta que la pertenencia a un grupo subordinado o a uno privilegiado dependiendo del sexo al que se pertenece, tiene alcances incluso en las esferas más privadas, evidenciando la necesidad de hacer siempre un análisis desde la perspectiva de género tal como lo enfatiza Facio (1992).

➤ *Población Mujer:*

De lo descrito por las participantes y sus parejas, se puede extraer que cinco de las siete entrevistadas utilizaron la conducta de la búsqueda y apropiación de información y lenguaje técnico como estrategia para disminuir el estrés ante el poco control sobre las variables biológicas y médicas que intervienen en la infertilidad. Sobre este aspecto, las investigadoras destacan que las características de la población entrevistada en términos de nivel socioeconómico se correlacionan con un nivel educativo superior, lo que pudo estar asociado con una mayor utilización de la literatura y otros recursos que les permitieran establecer la eficacia del tratamiento al que se estaban sometiendo y de esta manera lograr algún control de la situación para de esa manera disminuir los niveles de estrés y ansiedad, lo cual

concuerta con los hallazgos de Eisenberg, et al., (2010): “*sí me pongo a investigar mucho, yo soy mucho de internet y tal vez es una buena arma y a la vez un arma de doble filo porque dice que uno siente tal cosa, y siente tal cosa y uno -¡ayyy Dios mío! pero ahí dice que es malo-, pero también me ha ayudado porque uno aprende mucho y sí investigo mucho de los tratamientos. También investigaba cosas de si debía comer ciertas cosas (...) ya yo me he aprendido todos los nombres, ya todos los nombres me los sé (...) la gente me dice -es que usted habla hasta con términos médicos y dice y habla y uno no entiende nada-, es que he aprendido muchísimo de escuchar y yo investigo muchísimo entonces di así como me lo dice el doctor entonces yo se lo digo a la gente*”-mujer 4. Más concretamente se puede interpretar la misma situación de la apropiación que hace del vocabulario y de información técnica en la mujer 2: “*lo que pasa es que de los dos millones, estamos hablando de que mi esposo produce dos millones, cuando en un eyaculado normal en un mililitro son sesenta millones. O sea en dos mililitros que un hombre eyacula van ciento veinte millones, o sea de ciento veinte millones a dos, eso es como nada. Entonces, de esos dos millones, más del 80% tenían anormalidades y menos del 2% eran móviles. Después de tomarse el tratamiento, se llegó a una movilidad del 6%, pero para mí era un porcentaje muy bajo de movilidad para hacer una In Vitro*”-mujer 2.

A modo de triangulación del mismo resultado, resulta interesante para las investigadoras que este tipo de conductas eran además observadas y denunciadas por sus parejas: “*mi esposa es de las que se informa y leía un montón de cosas y es de las que se automedicaba mentalmente, en el sentido de que era lo que podía estar pasando*”-hombre 1 en relación a su esposa, lo mismo en: “*les puedo decir que la dinámica de mi esposa muchas noches, era estar aquí, revisando el Internet*”-hombre 3 en relación a su esposa.

❖ Familia 5 : Reflexiones de la experiencia

Como parte de las experiencias narradas por las y los participantes durante las entrevistas a profundidad realizadas como parte de este trabajo de investigación, fue común y de carácter espontáneo el que reportaran criterios y reflexiones basados en sus análisis retrospectivos sobre la experiencia del proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad desde su perspectiva como hombres, mujeres o desde la visión de la pareja.

Este tipo de reflexiones fueron en algunas ocasiones acompañadas del deseo de que pudieran ser compartidas a otras personas que estuvieran por iniciar un proceso de tratamiento de fertilidad asistida y a los y las profesionales de las diversas áreas que están involucradas en los procesos de tratamientos en relación a la infertilidad. Por esta razón, la presente categoría es considerada por las investigadoras como aquella que contempla las reflexiones subjetivas que los hombres, las mujeres y las parejas entrevistadas hacen sobre su experiencia del proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Esta familia teórica, estará dividida en tres categorías para su mejor comprensión: Reflexiones y aprendizajes personales o de pareja, Recomendaciones a profesionales involucrados en los diferentes tratamientos para la infertilidad, y el apartado de Reflexiones dirigidas a los pares, que incluye todas aquellas recomendaciones específicas para las personas directamente afectadas por un diagnóstico de infertilidad, basadas en algunos aspectos que les hubiera gustado a ellos mismos saber antes de iniciar el proceso; esta categoría será nombrada de acuerdo a la población “De hombre a hombre” , “De mujer a mujer” y “De pareja a pareja”.

Categoría A: Reflexiones personales

Esta categoría teórica, refiere todas aquellas consideraciones personales, que narraron los hombres, mujeres y parejas entrevistadas, producto del análisis reflexivo de la experiencia vivida durante el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

Una de las reflexiones más importantes reportadas por los participantes, señala que la fertilidad es considerada una capacidad innata e incuestionable, es decir se da por sentado que como seres humanos, se tiene la capacidad de tener descendencia de forma natural siempre, y que por tanto el enfrentarse a una diagnóstico de infertilidad provoca ese primer gran impacto de desmentir una de las verdades más intrínsecas del ser humano: “*tampoco sabíamos que a los 33 años o 34 años cuando empezamos con esto, ya ella no iba a poder; son cosas que uno no sabe*”-hombre 7. Al respecto Basu (2008) comenta que las personas además de estar condicionadas a asumir que nacen fértiles, tienen la certeza de que podrán controlar voluntariamente la decisión de cuando desean un embarazo, tal como la modernidad ha permitido puedan posponerlo tomando medidas anticonceptivas: “*yo pienso que alguien que puede quedar sin ningún problema tiene que cuidarlo, protegerlo, porque nadie sabe lo que tiene hasta que no lo tiene. Como yo sé lo era no tener eso, ahora que lo tengo es superpreciado*”-hombre 1, sobre este aspecto el mismo Basu (2008) anota que “la depresión y la desesperanza surgen naturalmente de la situación que los despoja de ese control y elección” (p.143).

En otra línea, algunos de los entrevistados también hicieron mención a la necesidad que se vive de seguir intentando diferentes opciones o rondas de tratamientos pese a los múltiples

fallos que algunas parejas viven en el proceso, lo explicaban diciendo que hay una necesidad de continuar no importa cuál sea la circunstancia mientras el equipo médico no cierre las posibilidades, les continúe dando esperanza y siempre exista una demanda y un anhelo de su pareja de seguir y de luchar: *“vamos hasta donde llegemos, donde nos dé el espíritu, la plata, las ganas, el entusiasmo, lo que sea , mientras dure seguiremos y hasta donde nos digan los doctores”*- hombre 4. Al respecto, la literatura advierte que las parejas infértiles perpetúan la fantasía de que el siguiente tratamiento posiblemente sea el exitoso y así después de cada fracaso, se les dificulta de manera importante, el saber discernir cuando detenerse (Moreno-Rosset, 2009).

Otra reflexión común correspondió a la empatía que algunos de los hombres entrevistados experimentaron, con respecto a otras personas y parejas con la misma condición, al manifestar desconocimiento previo de las importantes dificultades que se viven para poder realizar estos tratamientos: *“y le voy a ser honesto, si usted me dice a mí, no sé, esta persona está pasando por un proceso de infertilidad, es un tema taaan complicado que yo habiendo pasado por esto, no sé si me atrevería a decirle algo”* -hombre 3. Asimismo en algunos de los casos, hubo mención de que el haber pasado por esa experiencia los hizo más sensibles a las luchas sociales o necesidades de otras personas: *“a mí me afectó diferente no es que no me interese o que tenga nada en contra de los animalitos, pero a mí hoy en día me molesta muchísimo la gente que le dedica tantos recursos y noticias y protección a los animales y dejan de lado las personas. A mí me transformó profundamente eso y sé que tiene que ver con el hecho de ser papá. Los niños, bebés y las personas, el hecho de tener una hija me sensibilizó de forma muy distinta, sí transformó mucho mi pensamiento”*-hombre 3. En esa misma línea aquellos hombres que a su vez lograron ser padres por reproducción asistida,

manifestaron sentirse más identificados o comprometidos con su rol parental, posiblemente por el hecho de haber sido tan costoso: *“sí es diferente, como a nosotros nos costó tanto, entonces ser padre es como lo máximo después de un tratamiento de fertilidad, es como, dependiendo de la severidad del tratamiento...quiero encontrar la palabra correcta, es como la cúspide, ¿no?, es eso. Es como estar demasiado orgulloso de que tengo dos hijos por tratamiento de fertilidad, porque eso significa que no nos dimos por vencidos, que encontramos una solución a los problemas o a la necesidad”*-hombre 1.

Se habló también por una parte de esta población de un reconocimiento del crecimiento personal a partir de la experiencia, es decir hubo una valoración de los aprendizajes positivos, principalmente en función de haber puesto a prueba su capacidad de resiliencia y flexibilidad cognitiva tal y como se desarrolló más a profundidad en el apartado de la familia teórica “Estrategias de afrontamiento”. En relación a lo anterior, se manifestó también por algunos un reconocimiento de que el mismo proceso de esta investigación por medio de las entrevistas a profundidad habían propiciado en algunos de ellos el primer espacio para compartir y discutir sus opiniones y emociones respecto al tema, lo que les permitió además cuestionarse por primera vez algunos aspectos a través de las preguntas realizadas: *“[en referencia a las preguntas de la entrevistas indica]: a veces me hacen pensar ¿estaré por el camino correcto?, ¿será que realmente estamos haciendo lo correcto?, o ¿sintiendo lo que hay que sentir? o ¿pensando lo que hay que pensar?, o tal vez, digamos a veces cuando preguntan si tengo algún sentimiento muy fuerte o si tengo algún recuerdo muy fuerte y que no lo tenga o que no lo sienta, si digamos me hace sentir como un poco extraño, ¿estará bien eso? o ¿no estará bien eso?, ¿debería sentir más o debería llorar más? o ¿debería tener algún amigo a*

quien contarle o buscar a alguien a quien contarle? (...) cuando me hacen esas preguntas, como que sí me ponen a pensar si estaré haciendo el bien, manejándolo bien”-hombre 7.

En otra línea de ideas, pero quizás una de las más fundamentales, se relacionó con uno de los casos que logró la paternidad por medio de la reproducción asistida, que a su vez culminó con la adicional experiencia de enfrentar el trastorno de depresión post parto de su esposa “al hacer frente al depresión post parto de su pareja, los hombres-padres pueden sentirse abrumados, aislados, estigmatizados y asustados” (Letourneau, et al, 2012, p.70). Al respecto, este participante manifestó en varias ocasiones que a su parecer fue probablemente más difícil de sobrellevar la depresión post parto, no anticipada, desconocida y sin asesoría, que el tratamiento de infertilidad: *“si usted me pregunta a mí ¿qué fue más difícil?, ¿la depresión post parto o la infertilidad? tal vez como está más lejos, yo creo que yo quizás me siento más abrumado por lo que fue la depresión post parto de mi esposa, o sea porque creo eso me derrumbó completamente”* –hombre 3. Autores como Barbosa y Angelo (2016) según sus investigaciones, advierten que la depresión post parto es un momento de importante confusión también para el hombre que debe enfrentarse sorpresivamente “a una situación que no previó, no controla y no sabe cómo resolver. Ellos refieren no tener nostalgia de ese tiempo y describen la vivencia familiar como un verdadero caos, marcado por el cansancio y la desesperación” (p. 251).

Finalmente, los hombres que experimentaron la paternidad coincidieron en que después de hacer un análisis retrospectivo de las implicaciones que esta experiencia había tenido en sus vidas, concluyeron que pese al interés de tener más hijos, estos consideran poco probable volver a comprometerse en un segundo tratamiento de fertilidad, por el gran impacto emocional y económico que conllevó para ellos y sus parejas esa experiencia: *“si usted me*

pregunta a mí, ¿si volvería a vivir todo eso? toda la fase de tratamientos, de estimulación hormonal de mi esposa, todo el embarazo difícil que tuvo ella y una segunda depresión postparto. Yo no volvería a hacer todo eso, que ella vuelva a vivir todo eso, ni yo con ella por una segunda vez. Fue un precio, emocional físico...me salieron las primeras canas... fue muy muy alto”-hombre 3.

➤ *Población Mujer:*

De la misma forma que se evidenció en los resultados de la población de hombres entrevistados, la totalidad de la población de mujeres participantes, coincidieron en aceptar que el impacto emocional que genera el asimilar la confirmación de problemas de fertilidad, se debe principalmente a que tal y como lo plantea Moreno-Rosset (2010) la capacidad fisiológica de la reproducción es un proceso que se supone inherente y que debido a que su alteración o incapacidad no es visible ni previsible se convierte en “un momento crítico para ellos como individuos y como pareja” (Pagotto, 2010, p.10). Lo anterior se refleja en frases como: “yo siempre asumí que yo iba a ser mamá, tan es así que siempre planifiqué y nunca dudé que no podía llegarlo a ser”-mujer 7 y también en: “como yo le he dicho a todo el mundo y a la psicóloga, o sea yo jamás por aquí me pasó que yo iba a tener problemas de infertilidad, jamás una mujer no vive pensando en eso”-mujer 6.

Partiendo de la reflexión sobre los aspectos imprevistos y previsibles de la infertilidad, conviene señalar que los discursos de las y los participantes de esta investigación sugirieron que, en la práctica clínica de infertilidad, es habitual que los equipos terapéuticos médicos manejen las decisiones referidas a la opción de utilizar la ovodonación como una opción de tratamiento más a la que no se le confiere mayor preparación psicológica. Lo anterior es

relevante en tanto se presentaron dentro de los resultados algunas reflexiones personales importantes de parte de al menos una de las participantes, relacionadas a los serios alcances que la toma precipitada de ese tipo de decisiones pueden provocar a nivel de secuelas posteriores personales y de pareja: *“ya cuando nos dijeron que no yo volví con la psicóloga y me regañó cuando yo le conté lo de la ovodonación y me dijo -¿qué? ¿no pensaste? o sea ¿tomaste una decisión así tan importante en frío? Y yo –sí- (...) nunca hice un insight de las consecuencias a largo plazo que eso iba a traer. Después, viene con un poco de la culpabilidad que me dio todo el proceso, yo solo quería que pasara ya,irme ya y que quedara embarazada ya y ya”* -mujer 6.

Ahora bien, partiendo de que el presente apartado tiene la intención de reportar aquellas reflexiones que las participantes han logrado elaborar al cabo de su paso por el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, se quiere rescatar que este fue mencionado en varias ocasiones como un espacio de aprendizaje: *“el proceso ha sido, un proceso bastante doloroso, pero sí también de mucho aprendizaje”*-mujer 2. Asimismo, este fue caracterizado como una “prueba de vida” que les obligó, no solo a adaptarse a las situaciones sino a desmontar algunos esquemas mentales, lo cual pese a la crisis generada en su momento, las participantes lo percibieron como algo positivo: *“yo antes creía que yo era más indestructible, o sea creía que como todo lo tenía bajo control, siempre he sido muy planificadora y controladora. Nadie en mi vida me había obligado a hacer algo que yo no quisiera, hasta que me encontré con el tratamiento (...) siento que me hace más comprensible, siento que me hice más humana, como que antes era inclusive, creo que mi esposo me decía que yo era muy arrogante, estaba acostumbrada a que las cosas salieran de mi manera, como que siempre había sido exitosa”*-mujer 1. De forma similar, en retrospectiva, algunas de ellas señalaron

otros aspectos positivos que la experiencia les permitió adquirir y modificar, por ejemplo sobre el futuro: *“sí creo que te cambia como no sé, como la manera de pensar con respecto a veces a planear mucho las cosas, con respecto a los hijos, a la familia a la pareja. Porque si vos tenías equis o ye cosa determinada por hacer y se cambiaron todos los planes, di por supuesto te cambia como todo el panorama”*-mujer 4, o incluso sobre la familia: *“a raíz de todo el proceso que he llevado de que no puedo tener hijos, valoro muchísimo más a mis papás, nunca pensé que uno podía valorar tanto, uno quiere pero ahora los amo y los quiero más que nunca, trato de aprovechar todo el tiempo posible con ellos, ir a pasear a todo lado con ellos”*-mujer 5.

Por otra parte, existió también la reflexión frecuente entre estas mujeres acerca del recelo con el que socialmente se maneja el tema de la infertilidad como un tema tabú de la esfera personal más íntima: *“es que la gente no habla, resulta que nosotros perdemos al primer embarazo y resulta que hay un montón de mujeres que pasan por eso. Con el...el...¿cómo es que se llama lo del huevo vacío?, con lo del embarazo anembriónico, o sea es una alta tasa de mujeres que pasan con ese tipo de embarazos y no se dan cuenta”*-mujer 3, en visión de las investigadoras, lo anterior provoca que no exista acceso a la información para que las personas que lo están viviendo puedan sentirse acompañadas o apoyadas, por el contrario degenera en la percepción de que la infertilidad es una situación absolutamente inusual y por tanto anormal. Por tanto, a partir de esas reflexiones llama la atención que al igual que en la población de hombres, algunas de las participantes admitieron haber experimentado una mayor sensibilidad hacia las luchas sociales o necesidades de otras personas en relación a la fertilidad: *“siento la necesidad de contarle a la gente lo que uno ha vivido, tal vez mi esposo es un poquito más reservado, los hombres siempre son más reservados, si tengo que decirle*

a alguien lo que siento lo que he pasado lo voy a hacer, si sirve para algo lo voy a hacer, si tengo que ir con pancartas a la Asamblea Legislativa lo voy a hacer”-mujer 4.

Partiendo de lo anterior, este tipo de reflexiones tuvieron asidero en procesos de empatía y de identificación: *“yo hubiese querido haber tenido a alguien que hubiera pasado por la experiencia”* mujer 1, lo anterior, también se puede observar en: *“de una u otra forma me identificaba con ellos (...) yo estaba en medio de exámenes y cosas y personas que tenían el problema igual que yo”*- mujer 2. A su vez, vale la pena rescatar, que como parte de las reflexiones personales de la experiencia producto de esos sentimientos de empatía que experimentaron las entrevistadas, algunas de ellas llevaron a cabo conductas solidarias específicas dirigidas a ayudar a otras personas, principalmente mediante escucha activa o brindando consejos a partir de su propia experiencia: *“en el Face tal vez uno ve algún comentario de alguna y se siente identificado y uno di como se siente solidario, yo escribía en el Messenger o me escribían y me decían –javy, hola! ¿cómo está?- (...) uno está más pendiente, no sé, uno como que se vuelve más solidario con ese tipo de parejas”*-mujer 4 y también: *“entonces creo que me sentí como comprometida a atender a estas muchachas que se querían hacer el tratamiento y que me buscaron”*-mujer 1.

➤ *Población Pareja:*

Los participantes entrevistados hicieron mención en sus discursos de algunas reflexiones importantes, entre ellas respecto a los beneficios que se pudieron obtener de haber experimentado un diagnóstico y tratamiento por infertilidad, sobre lo cual destacaron principalmente el fortalecimiento de la relación al generar mayor empatía con la otra persona por todo lo que habían experimentado juntos: *“nos ayudó a comprender más a la otra*

persona ponerse más en los zapatos de la otra persona, yo creo que en ese aspecto fue en donde impactó muchísimo el diagnóstico a la relación de nosotros, saber que igual que ante un diagnóstico de este tipo solo no vas a poder salir adelante, que necesitas el apoyo de otras personas y necesitarás el apoyo de Dios porque no es fácil que te digan de golpe -no podés- como te digo, sí nos unió muchísimo”-mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja., igualmente se puede rescatar esta idea en: “nosotros ahora somos más sensibles el uno con el otro, ahora como la vimos tan fea”-pareja 1, y también en: “en muchas cosas nos ha unido”- pareja 7.

En otra línea de ideas, las dos parejas que fueron padres gracias a la reproducción médicamente asistida, mencionaron haber reflexionado sobre las implicaciones y consecuencias que tuvo en su vida la experiencia del tratamiento, lo que los llevó a determinar que en caso de considerar el deseo de tener más hijos en el futuro, difícilmente consideraban que volverían a pasar por lo mismo de nuevo, si no que buscarían otras opciones como por ejemplo la adopción: *“este proceso uno no lo quiere vivir dos veces (...) el proceso en sí mismo lo que sufrimos durante lo que sufrimos después que digo pucha o sea pasar este proceso otra vez no sé si estaríamos dispuestos a hacerlo. Inclusive nosotros dijimos en ese caso, mejor adoptamos un nene una nena para evitar es el proceso que fue para nosotros pues literalmente pasar por no por brasas sino por un fuego encendido, que limpió muchos de nuestras cosas pero fue bastante complicado”-pareja 3.*

A modo de finalización, se desea además reportar que la mayoría de las personas entrevistadas, reflexionaron sobre su percepción de la experiencia de la entrevista a profundidad realizada para obtener los datos de esta investigación, como un espacio fundamental para desahogarse y para poder compartir individualmente o exponer ante su

pareja muchas reflexiones, ideas y emociones en torno a la infertilidad: *“inclusive tenerlas a ustedes aquí y tener que revivir eso y contarlo pues, tal vez hasta nos dé más fuerza para esto que viene”*-pareja 7. Lo anterior es consistente con lo arrojado en los resultados de Schmidt, Tjørnhøj-Thomsen, Boivin y Andersen (2005) cuando señalan que “muchos pacientes con infertilidad expresan la necesidad de recibir más ayuda psicosocial del sistema de salud” (p. 252), al respecto lo manifestado por la población de este estudio es un reflejo de la importante necesidad que tiene la población infértil costarricense de encontrar espacios individuales o grupales de acompañamiento terapéutico.

Categoría B: Recomendaciones a los diversos profesionales encargados de tratamientos de infertilidad:

En este apartado teórico se pretende reportar todas aquellas reflexiones y opiniones que narraron los hombres, mujeres y parejas entrevistadas en relación al abordaje profesional el trato personal recibido por parte de los profesionales involucrados en los diversos tratamientos relacionados con la infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

A través de sus discursos, todos los hombres entrevistados señalaron la importancia fundamental que tiene el trato del personal de salud que atiende sus casos, con base a esto en primer lugar recomiendan tanto a la persona especialista en medicina reproductiva, como al equipo interdisciplinario y a los centros médicos, que le den prioridad a brindar una atención que les genere confianza con respecto a su diagnóstico y forma de llevar el tratamiento, para sentirse seguros: *“si alguien me pregunta ¿usted me los recomienda a ellos? yo con mucho gusto les digo que me pareció bien, se ha sentido válido todo lo que ellos han hecho”*-hombre

4. En otro caso también se manifestó de la siguiente manera: *“cuando llegamos donde el doctor, como le digo, ese señor sabe de todo en esos términos es impresionante el conocimiento que tiene”*. Aunado a esto, aconsejan que los centros de infertilidad deben de proveer un ambiente tranquilo: *“como que el ambiente ahí como que ya una vez que uno entra ahí, es muy tranquilo, ahí no hay estrés y yo creo que tiene que ser así porque uno es el que trae el estrés por dentro”*-hombre 7.

Algunos de ellos, resaltaron además la experiencia positiva que representó el esfuerzo de algunos equipos médicos de involucrarlos a ellos activamente en las decisiones del tratamiento, en los pasos e incluso permitir su presencia e involucramiento directo en alguno de los procedimientos, salvaguardando que a pesar de que eran sus parejas las pacientes directas quienes recibían el tratamiento, ellos se sintieron parte del proceso en todo momento, por lo que recomiendan sea una práctica común y constante en todos los servicios relacionados a este tema: *“cuando nos tenían que decir algo todo lo decían a los dos, para participar hasta donde se pudiera hasta donde yo quisiera también”*-hombre 4. A su vez, consideran infaltable que los especialistas médicos presten atención a la parte psicológica del tratamiento y no solo deleguen la función de acompañamiento a un profesional en psicología por medio de referencia de una interna o externa: *“yo quisiera que se le diera un poco de Feedback al especialista en cuanto a cómo llevar la situación psicológica con las parejas”*-hombre 1.

En segundo término, la mayoría de ellos, consideraron que existe una imperdonable falta en la especificidad con la que algunos especialistas explican al inicio del tratamiento aspectos como la duración en tiempo, los costos, los tratamientos imprevistos y sus potenciales costos adicionales, sobre los riesgos reales de abortos de repetición, y sobre las posibilidades de

trastornos comórbidos como trastornos de ansiedad, o depresión post parto, aspectos sobre los que demandan se dé una explicación completa a modo de que ellos puedan estar preparados para cualquier situación: *“quizás debería de avisarnos a nosotros como los padres un poquito antes, para estar preparados e ir metiéndole a ella primero la idea”* - hombre 1.

Sobre esta misma línea, aquellos hombres que junto a sus parejas experimentaron abortos, demostraron una significativa frustración ante la noticia de su equipo médico, de que por protocolo clínico, ciertas pruebas inmunológicas para determinar las posibles causas de esos abortos (trombofilias, incompatibilidad inmunológica o natural killer cells) se les solicitan hasta después de consecutivos fracasos de los tratamientos de IA o posterior al fallo de la FIV, es decir que no los indican como pruebas preventivas de esta situación, si no única y exclusivamente después de repetidos fracasos que incluyen el desgaste físico de la mujer como directamente afectada por los tratamientos y el desgaste emocional y económico de la pareja: *“no es posible que esto sea un proceso de prueba y error”*, *“por eso el error, que yo como paciente hubiera dicho háganme los exámenes, todos, desde la primera cita para descartar todo de una vez, y no hacer sufrir a la mujer como la hacen sufrir”*-hombre 1. Por tanto, aquellos hombres que vivieron esta experiencia, hicieron la solicitud a los médicos especialistas de reflexionar sobre las implicación que podría tener la indicación temprana de esos exámenes como parte la batería de pruebas diagnósticas que se hace al inicio, ahorrándoles de esa forma potenciales frustraciones emocionales y emergencias económicas.

➤ *Población Mujer:*

La mayoría de las mujeres entrevistadas, hicieron énfasis en la importancia que tiene la relación con el equipo de profesionales interdisciplinarios que intervienen en los diferentes momentos de un tratamiento de infertilidad. Las participantes fueron constantes en reportar que si bien en algunos de los equipos de tratamiento, existieron ciertas condiciones más favorables que en otros, predomina en general una tendencia de la medicina reproductiva de centrarse casi que exclusivamente en elementos técnicos y procedimentales de la salud física de la madre y del hijo o hija o del curso de los tratamientos, es decir, muchas de las mujeres percibieron de sus especialistas una condición que las hacía sentirse relegadas a meros organismos biológicos, situación que vale la pena resaltar era justificada frecuentemente como “así son los médicos”, sobre esto De Castro-Pita y Moreno-Rosset (2009) destacan que según su experiencia, en parte la enorme frustración de muchos pacientes y sus pretensiones, se deben la carencia de una relación más cercana con la persona responsable del proceso terapéutico y una falta de los profesionales médicos de una formación más integral que les permita hacer abordajes más allá de lo puramente intervencionista de la medicina.

Tomando como base lo anterior, surgieron de parte de estas mujeres comentarios, reflexiones y recomendaciones encaminadas a comunicar la importancia que adquiere para la persona o la pareja en tratamiento, determinadas condiciones objetivas y subjetivas de parte de su equipo terapéutico lo cual coincide con los amplios desarrollos de Moreno y Roca (2012). Al respecto los resultados se reportaron en dos vías principalmente, la primera sería sobre la urgencia de un verdadero acompañamiento del proceso por parte de todo el equipo terapéutico: *“uno necesita información y también necesita la compañía inmediata y si uno tiene una consulta (...) qué sé yo -me duele un poquito así, ¿será normal o no?- (...) para*

uno en ese estado de ansiedad que a uno le da o de miedo, para uno es muy importante eso, es vital para sentirse uno más relajado, tal vez no tranquilo, porque no te vas a sentir totalmente tranquilo, pero sí más relajado de qué estás acompañado, de que si tengo que salir corriendo ellos van a estar ahí”-mujer 4. Y la segunda, está dirigida a señalar la demanda que de que los médicos especialistas presten particular atención a procurar una comprensión de lo que significa la infertilidad desde el punto de vista del paciente, para de esta forma “poder establecer una relación más estrecha con éste y controlar las inevitables respuestas negativas, o incluso hostiles” (De Castro-Pita y Moreno-Rosset, 2009, p.56) lo cual se evidencia en expresiones como: “espero que me ponga atención y espero que me dé respuestas a lo que yo le pregunto y que me diga que hacemos, que no hacemos, qué piensa él, como me va a ayudar, para mí esa es la empatía, porque como te digo él no se va a sentar a llorar conmigo y a darme palmaditas”-mujer 4.

Este tipo de demandas hechas por las participantes, establecen la urgencia de una intervención especialmente médica minuciosa, ética y precavida, que les permita poder prepararse tanto emocionalmente como en tiempo y en presupuesto para las diferentes etapas o necesidades que surgen en el proceso, lo cual tiene principal origen en la misma reflexión hecha en la población de hombres sobre el protocolo médico que indica ciertas pruebas médicas hasta después de repetidos fracasos que incluyen el desgaste físico de la mujer como principal afectada directa por los tratamientos: “¿por qué este huevón no me hizo todo esto antes? [se refiere a que él médico le refirió exámenes diagnósticos de trombofilias e incompatibilidad inmunológica] para darme cuenta que tenía que tomar Clexane, Aspirinita y un montón de varas, o sea ¿por qué él no pensó en todo esto?, ¿cómo él con tantos años de experiencia en esto, no pensó en eso? Yo preferiría que me dijeran todo está bien desde

el principio, y no hay contraindicación de nada, hacerlo antes, solo que el protocolo dice que se hace solo si el procedimiento falla, y entonces ha pasado un año y he sentido que han pasado como seis, se me ha hecho eterno”-mujer 6, también sobre este mismo tema: “el doctor no nos lo había mencionado esta vez y yo como que se lo recordé, -doctor ¿y lo de aquello lo de la inyección? y me dice -ah sí si mira, sí es importante que se lo hagan, más como preventivo-, casi que hasta yo se lo recordé. Hoy que me salió con eso, me dio como cólera, ¿y por qué me mandan a hacerme esto ahora? y ¿de qué se trata verdad? y ¿por qué?, a la vez pensando un poco ¡que desorden!, ¿porque ahora me sale con esto?”-mujer 7.

En el caso particular de la participante 3 cabe destacar que debido a su experiencia con la depresión postparto en parte como consecuencia de la importante exposición hormonal a la que se vio sometida durante el tratamiento, ella reflexionó sobre la importancia de un acompañamiento ético que asegure que la información conferida por los especialistas abarque todos los riesgos posibles, incluyendo el postparto: *“uno no sabe los riesgos a nivel de cerebro, que hay de meterse tantas hormonas a uno nadie se lo dice. No sé si será bueno decirlo, porque quizás si lo dicen es como meter la semillita, pero si no lo dicen es un balde de agua fría que nos tiramos nosotros. Si uno estuviera consciente de que la depresión postparto es una posibilidad quizás uno podría enfrentarlo mejor, con más tiempo”-mujer 3.*

Tal y como se acaba de plantear, las participantes recomendaron a los profesionales una revisión de su actuación en términos de ética, pero no únicamente se limitaron a proponer esta como la urgencia de información sobre todas las posibilidades, aristas y consecuencias del proceso, también demandaron que la ética práctica del personal que las atiende procure un estado de bienestar global de las pacientes de principio a fin y no solo se responsabilicen

de una parte especializada, ya que pareciera que el tratamiento de la infertilidad a pesar de ser un proceso muchas veces no se aborda como tal: *“creo que la psicóloga llegó a verme porque yo estaba internada, nada más hasta ahí llegó su compromiso, creo que tenían los bebés dos días de nacidos, eso fue. El doctor sabía que los bebés estaban internados, y fue como bueno ¿ya nacieron sus bebés?, ¡ciao la vi por tele!. Entonces es lo que uno dice, ¿hasta dónde llega ese compromiso ético?, verdad, no sé qué dice el libro, pero sí creo que puede ser más humano, dar seguimiento, aunque no me estén pagando, después de todo lo que me han pagado”*-mujer 1.

Ahora bien, tal y como como fue explicado en la familia teórica “Caracterización de la Población”, los casos entrevistados fueron atendidos por diferentes centros privados especializados en infertilidad, por lo tanto no en todos los casos las participantes contaron con una persona profesional en Psicología como parte de los servicios de la clínica. Sin embargo, en los casos en los que sí, hubo recomendaciones específicas sobre la urgencia de un abordaje más definido en términos diagnósticos y terapéuticos y no solamente una orientación que permita como lo indica Llavona (2008) una ayuda para reestablecer el bienestar psicológico de las personas o parejas que lo necesitan: *“yo sí pienso, que debería haber un perfil definido de las personas que son candidatas a someterse a tratamiento de fertilidad, como hay un perfil definido para otros tratamientos como la cirugía bariátrica. Independientemente de si usted tenga el dinero o no, si usted no es candidato no se lo hace. Hay gente que quizás no sea suficientemente fuerte para sobrellevar el proceso, que no sea suficientemente fuerte para llevarse un golpe de que no le vaya a pegar el procedimiento. Un perfil psicológico, para saber si las personas realmente pueden someterse o pueden sobrellevar el tratamiento de fertilidad, que para mí sería como lo ideal”*-mujer 2, la misma

idea se puede rescatar en: *“a uno le dicen que apenas tiene la prueba de embarazo [en su caso negativa] tiene que llamar a la psicóloga, ella nada más se vuelve y me dice -lo siento, nos estamos hablando- o algo así... ni siquiera me dijo -mirá tenés que sacar una cita con el doctor para que te explique los resultados- no, pasaron 15 días hasta que yo ya estaba un poco más fuerte y yo llamé y saqué una cita con el doctor para pedirle cuentas de lo que había pasado”-mujer 6.*

Finalmente, partiendo de que el abordaje de la infertilidad urge que sea interdisciplinario, se quiere rescatar que en al menos tres de los casos entrevistados las mujeres requirieron apoyo psiquiátrico en determinado momento, lo que evidenció la necesidad y consecuente recomendación de que los diferentes profesionales con potencial capacidad para intervenir en un tratamiento de infertilidad, se instruyan y preparen para las necesidades específicas de esta población, con el afán de poder ofrecer un acompañamiento de calidad cuando es necesario: *“fue un psiquiatra antes de llegar donde la psicóloga y fue la peor experiencia de mi vida, porque en menos de una hora él pensó que me había descifrado y no es que yo lo satanice, pero fue muy negativa la experiencia. Me mandó una serie de medicamentos, me mandó cuatro tipos de medicamentos. Yo me sentía destruida, me destrozó la moral. Yo necesitaba alguien que me ayudara a reconfortarme y a reconstituirme no a terminar de destruirme y eso fue lo que yo sentí cuando fui a donde él”-mujer 1.* Según lo analizado se evidenció que a lo largo del proceso, no hay un acompañamiento paulatino en la manifestación necesaria de las emociones de estas personas, principalmente es el equipo médico quien suele negar su presencia y ven la necesidad de intervenir hasta cuando se ha llegado a niveles extremos de desajuste emocional, derivando la situación usualmente, a la intervención de profesionales en psiquiatría que según las investigadoras es una forma de

medicalizar las emociones, ya que se desestima la participación preventiva del manejo de las mismas por parte de los profesionales en Psicología.

➤ *Población Pareja:*

Las parejas entrevistadas dejaron clara la importancia de que exista una conciencia de que en una clínica de reproducción asistida, todo el personal que labora con estas parejas en las diferentes ramas, especialidades o servicios, debe estar consciente de la vulnerabilidad con la que las personas se acercan a estos lugares en busca de ayuda: *“ahí se dan buenas y malas noticias todos los días”*-pareja 3. Por lo tanto, instan a que el trato que se ofrezca esté orientado a la consideración de que pese a que algunos de los resultados de las pruebas puedan parecer rutinarios para el personal que trabaja diariamente en estos temas, para las parejas o personas cada resultado es experimentado con la mayor ansiedad ya que usualmente representan la respuesta más esperada en la cual han cifrado sus esperanzas y esfuerzos, por lo tanto el trato individualizado y considerado por parte de los equipos de atención es lo mínimo que cada pareja espera en respuesta a su situación: *“no es posible que al momento de la noticia del embarazo, nos mandaran un correo con las probabilidades estadísticas”*-pareja 1. Una idea similar se puede observar en: *“el doctor siempre sale con muchas estadísticas, y nos dijo -es que de tantas mujeres embarazadas, tantas sangran, es muy común, es muy común-. Y yo -¿whaaat?, ¿de qué está hablando doctor? a mí se me rompió el mundo, en ese momento”*-pareja 3.

En la misma línea de ideas sobre la vulnerabilidad de las personas pacientes en clínicas o servicios de infertilidad, se resaltó la reflexión dirigida sobre todo a los especialistas en medicina reproductiva de ser cautelosos con las aseveraciones y promesas que hacen con

respecto al curso de los tratamientos, considerando que pese a que muchas veces este tipo de estrategias pueden tener una intención de motivación hacia la pareja, genera falsas expectativas que pueden ser causantes de un incremento en la decepción propia de los duelos que tendrán que experimentar como parte del proceso: *“creo que es sumamente doloroso que el médico te cree falsas expectativas. A mí me parece una falta de ética que un médico venga y te diga -ay mirá vamos a hacernos un In Vitro-, cuando hay apenas un 5% de movilidad, verdad es muy poco (...) que no solo te vean en términos de un número”* - mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja.

Siguiendo con el tema, existió un resultado dirigido también a los especialistas en medicina reproductiva, con respecto a la urgencia de un manejo más ético sobre los costos reales de los tratamientos específicos y también contemplar los posibles imprevistos o riesgos asociados a los tratamientos de la infertilidad (embarazos múltiples, nacimientos prematuros, depresión post parto) con el fin de que las parejas puedan tomar las previsiones del caso: *“Hombre: es mandatorio que se hable a las parejas de los temas financieros. Asesoría de seguros médicos (...) lo que nosotros recomendaríamos es que se diga -bueno ok, si el tratamiento es una vuelta sale en “X” cantidad, si son dos vueltas sale en “Y” cantidad, si son tres vueltas salen en “Z”-. Creo que hoy él debería manejar mejor los precios (...) él como médico tiene esa responsabilidad ética a nivel monetario, ya que todo lo va a hacer privado. Yo creo que eso tiene que hacerlo por compromiso ético, sentarse y preguntarle a la pareja si tienen la plata para pagar, explicando lo que cuesta. Mujer: Nos debieron haber aclarado que un alto porcentaje de embarazos múltiples terminan en partos prematuros, así ellos debieron decirnos, -si se va a someter a este tratamiento sepa las cuatro verdades como son- si nos hubiese dicho esto, no hubiéramos estado pagando un préstamo por un año y*

medio que bueno nos tuvo desbalanceados, y con dos bebés recién nacidos, creo realmente que eso fue una injusticia”-pareja 1. Con respecto a la depresión post parto como secuela directa de la sobreexposición hormonal durante los tratamientos, se aporta una idea que va en la misma línea: “si no lo dicen es un balde de agua fría que nos tiramos nosotros. Si uno estuviera consciente de que la depresión post parto es una posibilidad quizás uno podría enfrentarlo mejor, con más tiempo”-pareja 3.

Finalmente es importante anotar, que algunas de las parejas entrevistadas dejaron saber la urgencia de que el tratamiento psicológico sea un requisito referido por el mismo personal médico como un tratamiento paralelo obligatorio, no solo como parte de la evaluación diagnóstica sino también como acompañamiento integral del proceso: *“el tratamiento psicológico debe de ser un requisito, la información debe de ser preventiva y no correctiva”- pareja 1. La misma idea se encontró en: “el psicólogo, debe de acompañarlo en la información, para que te dé apoyo emocional. Por ejemplo, las probabilidades o estadísticas debería dártelas el psicólogo (...) que vayas a terapia todas las semanas, posiblemente habrán parejas que no lo necesitan pero sí algo sumamente básico, o sea que el psicólogo conozca de la historia de la pareja, que conozca del problema de infertilidad que tiene, cuales son las probabilidades realistas de que puedan tener o no el bebé”- mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja.*

Categoría C: Reflexiones dirigidas a los pares

Incluye todas aquellas recomendaciones específicas hechas por los hombres, las mujeres y las parejas entrevistados para otras personas directamente afectadas por un diagnóstico de infertilidad. Este apartado tiene la intención de solventar la soledad explícita de las y los participantes de hacer llegar a la población con infertilidad algunos datos anecdóticos que

ellos consideraron les hubiera gustado y ayudado conocer antes de iniciar un tratamiento. Esta categoría será nombrada de acuerdo a la población “De hombre a hombre”, “De mujer a mujer” y “De pareja a pareja”.

➤ *De hombre a hombre:*

Es importante aclarar que este apartado nace de una solicitud explícita de las investigadoras sobre la opinión de la población entrevistada sobre recomendaciones específicas para sus pares hombres, considerando su propia experiencia y lo que les hubiera gustado saber antes de iniciar un tratamiento, ellos anotan algunas ideas importantes.

En primer lugar en su totalidad advierten a sus pares que se preparen para experimentar lo que uno de ellos llamó “una montaña rusa de emociones”, en referencia a los cambios emocionales de sus parejas debido al tratamiento y al respecto de las expectativas y los procesos de desesperanza propios y de la pareja, resaltando que esto debe ir de la mano con el ejercicio de informarse de los tratamientos y sus consecuencias: *“yo le diría a un hombre que se prepare para una montaña rusa de emociones. Yo le digo eso, que se informe (...) Yo sí le diría a un hombre, prepárese para emociones extremas, tenga paciencia, e infórmese de todos los posibles tipos de tratamiento, además háganse todos los exámenes antes y no después de la primera pérdida. Este preparado para muchos cambios emocionales con la pareja”*-hombre 1. Lo anterior bien apoya lo señalado por Moreno-Rosset (2009) respecto a:

Durante las distintas fases del tratamiento se produce una montaña rusa de emociones.

Al principio durante la estimulación ovárica se siente esperanza, optimismo e ilusión.

En la fase de aplicación de la TRA la esperanza e ilusión aumentan, si bien puede aparecer incertidumbre, inquietud y miedo a lo desconocido cuando se trata del primer

tratamiento, en la repetición de tratamientos suele haber una mejor acomodación emocional al tener conocimiento del proceso (p.37).

De la misma forma, la mayoría aconsejaron flexibilidad, tolerancia y paciencia para con la pareja y con el proceso mismo: *“que esté o muy abierto o preparado para abrirse, para abrirse a cosas difíciles o a cosas agradables, a cosas duras, a cosas fuertes, porque diay estamos hablando de pérdidas”* -hombre 4.

➤ *De mujer a mujer:*

La totalidad de las mujeres entrevistadas coincidieron en aconsejar que es importante informarse adecuadamente de todas las variables contingentes a un proceso de tratamiento, sobre todo con lo relacionado a duración y a costos económicos reales y potenciales imprevistos: *“siento que hay gente que va muy mal informada, no se informan, sacan la cita y después se lleva la decepción de que no puede cubrir un tratamiento de estos (...) creo que mucha gente no sabe y desconoce que el proceso es largo y es costoso, de hecho creo que mucha gente va y cree que es hacerse un par de exámenes de sangre y que vale 10.000 colones y ya”*-mujer 2.

Por otra parte, hubo énfasis en exhortar a aquellas mujeres en una situación de esa naturaleza a tener una actitud positiva y resiliente como principal aliado en este proceso: *“le diría que lo intente, que no se den por vencidos”*-mujer 2. Ahora bien, tomando en consideración que en la infertilidad como en toda condición cada caso es particular y tiene características diferentes, las participantes quisieron dejar claro que es inconveniente compararse con otras personas y otros resultados o cursos de tratamiento: *“en el momento que tomas la decisión de hacerlo es con la fe y con la convicción de que se va a lograr y trabajar hacia esa meta y*

va a ser difícil y va a costar y van a haber momentos muy difíciles y lo más importante que creo que deben saber es, no compararse, o sea todas las mujeres somos diferentes, todos los embarazados son diferentes, todos los chiquitos son diferentes, todos los tratamientos son diferentes, entonces simplemente que porque a una le funcionó un tratamiento y le pegó en la primera, no quiere decir que a la otra le va a pasar igual y tener claro que cada caso es individual y es muy diferente el uno del otro porque todas las personas somos diferentes, entonces nadie va a responder igual y nadie lo va a manejar igual, pero de que va a ser duro, va a ser duro, de una forma u otra o sea estar preparado para momentos difíciles”-mujer 1.

Por su parte, en al menos tres de los casos se expresó la recomendación de no comunicar demasiado pronto los resultados de los tratamientos en caso de alguna posibilidad positiva, esto debido principalmente a la importante tasa de fracasos en el proceso de implantación o gestación que muchas veces no se contemplan al calor de la ilusión del momento, lo que genera altas expectativas socio-familiares y demanda más recursos posteriores de parte de la persona o pareja para poder comunicar si el proceso resulta fallido: *“sí yo siento que eso fue un error de uno, porque la gente está al pendiente y te está preguntando y uno es como nooo”-mujer 4.*

Ahora bien, a pesar de la anterior recomendación específica respecto a los resultados de los tratamientos, la mayoría de mujeres estuvieron de acuerdo en la importancia que reviste ser honestas y abiertas a hablar sobre el tema del diagnóstico de infertilidad con naturalidad, al ritmo personal de cada una y en los espacios que cada quien escoja para hacerlo, consejo que no solo incita a romper tabúes sociales si no es una recomendación de búsqueda apoyo social: *“por lo menos en mi caso personal manejarlo del tema de la infertilidad, como lo más normal posible me ha ayudado muchísimo, no como esconderlo, hay gente que lo esconde como si*

tuviera cáncer, bueno no sé, yo siento que el hecho de hablar las cosas de decir las cosas como son eso te ayuda, ciertamente no te vas a parar ahí con un megáfono y le vas a decir a medio Costa Rica, pero sí por lo menos a la gente con la que convivir todo el día por ejemplo tus compañeros de trabajo”-mujer 2, también se describe en: *“yo creo que eso de hablarlo me ha permitido a mí, como manejarlo*”-mujer 7. Sobre este punto, se hizo especial recomendación en el caso de que existan terceras personas que le inciten a ocultar o disimular su diagnóstico por vergüenza social: *“en el momento en que yo empecé a ser 100% abierta al respecto, me sentía mejor porque o sea me hizo hacer las paces conmigo misma. Sentía que estaba siendo desleal conmigo misma a pesar de que estaba pasando por esa situación, entonces era doble como más duro*”- mujer 1.

➤ *De pareja a pareja:*

Emergió en algunos casos la preocupación de concientizar sobre la importancia de priorizar la relación de pareja, por sobre el deseo de tener hijos y no dedicar toda la atención exclusivamente a la meta de ser padres por las implicaciones que pueda tener sobre la dinámica de pareja a largo plazo: *“que los hijos están y ya después se van de la casa y queda uno otra vez*”-pareja 5. Sobre este punto se pueden destacar las reflexiones que se han ido reportando a nivel individual con respecto a las ventajas y las oportunidades de crecimiento profesional, económico o de pareja que una vida sin hijos les ha permitido tener.

Por otra parte, también expresaron la importancia de dejar claro para otras parejas que los tratamientos de fertilidad demandan tiempo en horarios incluso laborales y vacacionales por periodos de tiempo extendidos: *“sí, se requiere un horario más flexible*”-pareja 4 y a su vez

requieren una decisiva actitud de compromiso y constancia con respecto a las indicaciones de los profesionales para poder aumentar la tasa de éxito.

Las parejas entrevistadas además desearon hacer énfasis en la necesidad de que exista una buena comunicación entre los miembros de la pareja con respecto a sus deseos reales, expectativas y límites para que no se violenten u opaquen las opiniones de un miembro bajo los deseos del otro y/o no existan posteriores malos entendidos sobre el compromiso con respecto a la meta: *“ambos tienen que quererlo mucho o quererse mucho para decir lo estoy haciendo por mí, porque quiero ser papá o mamá, o lo estoy haciendo por complacer a mi pareja, porque lo quiero mucho”*-pareja 7. Una idea similar se puede rescatar en: *“Mujer: que no se desesperen, que traten de ser claros con lo que quieren, de expresarse siempre lo que quieren, de evitar, no evitar la frustración porque la frustración va a venir y el llanto va a venir y lo complicado va a venir, si no de tomarlo de la mejor manera posible, que traten de vivir la experiencia lo mejor posible. Hombre: yo les diría pregunten, qué quieren saber (...) es una decisión muy muy de cada persona, no necesariamente el que puedan quiere decir que deban”* –pareja 4.

Una vez aclarado el punto de la necesidad de comunicación, hubo un caso en particular que por las características descritas a lo largo de esta memoria con respecto a esta pareja, se deseó hacer énfasis en la importancia de que ambos se manifiesten abiertamente el apoyo y comuniquen cuando perciben que no lo están recibiendo: *“vieras que yo no hablaría con ella sino hablaría con él y le diría sepa que su esposa piensa esto, siente esto y quiere que usted haga esto, esto y esto (...) trataría de hacerlo entender tal vez con mi lágrima o mis palabras, lo que uno siente como mujer, eso es lo que haría porque creo que eso arreglaría todo, mejoraría todo, haría las cosas diferente. Uno lo que busca es que lo escuchen y que uno*

sienta que lo entienden, yo cuando tengo un problema a él no es que busco que me lo resuelva, es que quiero que me abrace y me diga que todo va a estar bien, que la decisión que yo tome él la va a apoyar”- mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja.

De modo general, hubo consenso en que una vez cubiertos aspectos relacionados a las decisiones y opiniones, es indispensable que las parejas se asesoren correctamente con respecto a las posibilidades que tienen con relación a los tratamientos, y sobre todo en relación a los costos, los posibles seguros médicos y preparen siempre planes de contingencia para imprevistos que son bastante costosos y usualmente se requieren ya sea en durante el tratamiento, el parto o el post parto: *“que seguro, de todo, de desempleo, seguro de gastos médicos (...) como la vimos tan fea, todo a la vez, entonces ahora tomamos decisiones más inteligentes financieramente hablando. Ahora estamos forrados en seguros médicos porque esa fue la lección más dura”*-pareja 1.

Sin duda alguna a pesar de los múltiples inconvenientes que cada pareja experimentó durante sus diversos procesos, fueron precisos en incentivar a que las parejas que desean ser padres, una vez contemplados los puntos anteriormente descritos, se arriesguen a intentarlo ya que cada caso es particular y existen posibilidades de éxito como fue el caso de al menos dos de las parejas entrevistadas, además de prevenir futuros sentimientos de culpa por no haberlo intentando: *“les recomendaría que se hagan el tratamiento, sí decirle la verdad, ósea no es fácil, económicamente y emocionalmente no es fácil, te afecta muchísimo (...) pero les diría inténtenlo, que el día de mañana uno no diga, no es que me quedé con las ganas”*-mujer 2.

Una recomendación similar se encontró en: *“Mujer: pero que lo haga y que luche por lo que quiera igual como puede luchar por cualquier otro proyecto que uno tenga personal. Hombre: yo diría eso mismo, que no lo dejen de hacer, si van a arrancar y que lleguen hasta*

donde puedan (...) que no lo dejen de hacer porque pueden quedar allí sentimientos de arrepentimiento, por no haber hecho el intento, mejor el intento y fallar que no quedarse sin hacer el intento, no hay garantía de que si usted no se arriesga de fijo no lo va a alcanzar, no necesariamente hay maneras de alcanzar ese objetivo, pero diay que lo intenten y que se relajen verdad, buscar la manera de que no sea un generador de estrés”-pareja 7.

Finalmente, tal y como lo indica Moreno-Rosset (2009), de frente a determinadas dificultades como lo es un diagnóstico de infertilidad, algunas parejas fortalecen su relación, como se ha reportado antes, pero otras lamentablemente se destruyen debido entre otros factores a que “la alteración de ánimo de unos de los dos cónyuges conlleva cambios en el funcionamiento cotidiano de la pareja caracterizado por una comunicación más inhibida, discusiones, retraimiento, disminución de la capacidad de resolución de problemas” (Moreno-Rosset, 2009, p.21). Lo anterior resulta relevante ya que en al menos uno de los casos entrevistados hubo reporte explícito sobre el impacto que este tipo de secuelas puede tener a nivel de pareja como producto directo de la experiencia vivida con la infertilidad: *“que el matrimonio tiene mucho con perseverancia, con aprender a ceder y a aceptar, yo creo que en algunas cosas he fallado en aceptar y ceder mucho pero son cosas que estoy tratando de cambiar, pues no crean que en algún momento no nos hemos sentado a hablar de la idea de separación, sí lo hemos hecho por mi idea de no tener hijos y por mi deseo de ser madre, no porque yo a él no lo ame o como él me dice -no porque yo a usted no la ame- es porque tal vez tenemos muchas diferencias”-pareja 6.* Asimismo, pese a que este fue quizás el único resultado donde se admitió haber llegado a ese punto, al menos otras cuatro parejas advirtieron en sus recomendaciones para otras personas, la posibilidad real de que este tipo de eventos pudieran degenerar en procesos de separación o divorcio: *“un tratamiento de fertilidad podría causar*

un divorcio (...)creo que las parejas se necesitan informar primero, de qué es el procedimiento, todos los pros, los contras, los gastos médicos que puedan llegar a generar un divorcio después de que tengan a los chicos (...) y que dicha que la pasamos juntos y que salimos, no terminamos divorciados, peleados, pero era el momento perfecto.”-pareja 1. Una idea similar se encontró en: “Hombre: generador de estrés y se vayan a separar como pareja, porque puede llegar a serlo, dependiendo de lo que haya en cada cabeza y en la relación, que puede llegar a ser un generador de estrés y que más bien desuna. Mujer: mucha gente que ha pasado por esto, ha terminado su relación”-pareja 7. Asimismo en: “algo que es una realidad, que cuando uno es esposa de un hombre que padece de infertilidad, o te une a tu esposo o te separa. En el caso de nosotros, nos unió muchísimo, pero conozco casos de mujeres que se han separado (...) muchas parejas que dicen no esto no lo pudo llevar y me voy a divorciar o algo así”-mujer 2.

Superfamilia 3: Consecuencias

El apartado de las consecuencias consiste en las reacciones emocionales o conductuales que tuvieron los sujetos de investigación según las interpretaciones que hicieron sobre recibir el diagnóstico de infertilidad propio o de su pareja. De acuerdo con esta premisa, este apartado está compuesto por cinco familias teóricas las cuales revelan la forma en que los sujetos de investigación reaccionaron en los planos emocional y conductual ante la condición por la que pasaban, ellas son: 1) Secuelas Físicas que a su vez se conforma de dos categorías, 2) Secuelas Psicológicas que está conformado por cuatro categorías, 3) Impacto en el autoconcepto conformado por cuatro categorías, 4) Secuelas Sociales conformado por cinco categorías y 5) Cambio en el estilo de vida conformado por una categoría.

❖ Familia 1: Secuelas Físicas

Como ya se ha planteado al inicio de este trabajo, la Organización Mundial de la Salud incluye a la infertilidad dentro de la categoría de enfermedad del sistema reproductor, no obstante, esta posee características que la diferencian de la mayoría de enfermedades físicas, ya que en general “no afecta a la funcionalidad de ningún órgano y, por tanto, no impone limitaciones físicas a quienes la padecen, no hay sintomatología ni dolor asociada a la misma, no existe una amenaza real a la propia vida” (Antequera-Jurado, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila, 2008, p. 167).

Sin embargo, como secuela de los procesos de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad las personas frecuentemente reportan síntomas físicos, algunos como resultado de los efectos secundarios de medicamentos aplicados durante los tratamientos, otros, como sintomatología asociada a condiciones médicas previas que derivan en infertilidad pero no la infertilidad en

sí misma y otros, la gran mayoría, como secuelas que tienen un potencial origen psicofisiológico. Al respecto Moreno-Rosset (2009) advierte que el conocimiento de una incapacidad detectada para reproducirse puede propiciar el inicio de otras enfermedades o padecimientos ya que “muchas parejas manifiestan padecer alteraciones del sueño, del apetito, dolores musculares, sensación de cansancio generalizado, síntomas y signos que identifican con la aparición del problema de fertilidad y que son claras manifestaciones somáticas ante situaciones de estrés sostenido” (p.21).

Para explicar estas disfunciones orgánicas que están directamente relacionadas con altos niveles de ansiedad, Cano-Vindel (2010) indica que puede entenderse como la disfunción de un sistema orgánico (gástrico, respiratorio, cardiovascular, motor, etc) que está trabajando en exceso y mantiene esta actividad demasiado tiempo. En otras palabras en las respuestas de origen psicofisiológico “hay un exceso en la intensidad y frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción” (p.14). Entre los desórdenes psicofisiológicos más comunes en la experiencia de este autor, se encuentran los cardiovasculares (hipertensión o las arritmias funcionales), digestivas (gastritis, síndrome de colon irritable, etc.), dermatológicos (alergias), respiratorios, musculares (contracturas), dolor (dolor crónico de espalda) entre otros, “a su vez, el trastorno orgánico produce malestar psicológico, más ansiedad y, por lo tanto, un aumento de la actividad de ese sistema, aumentando así la probabilidad de desarrollar y mantener en mayor grado esta disfunción orgánica” (Cano-Vindel, 2010,p. 14).

En virtud de lo anteriormente expuesto, las investigadoras han denominado a la presente familia teórica “Secuelas físicas” apartado donde se contemplarán todos los reportes asociados a los cambios y síntomas que se evidenciaron en el cuerpo y en la salud física de

los hombres y las mujeres entrevistados, después de haberse sometido a los procedimientos de diagnóstico y tratamientos de la infertilidad. Para efectos de una explicación más apropiada, el apartado será abarcado mediante dos categorías teóricas: Impacto en la salud física y Manifestaciones físicas de origen psicofisiológico.

Categoría A: Impacto en la salud física

Esta categoría teórica pretende abarcar las descripciones que hacen los hombres y las mujeres del impacto que han tenido en su salud física debido condiciones de salud previas relacionadas al diagnóstico de infertilidad y/o por efectos secundarios del tratamiento de esta condición.

➤ Población Hombre:

Se ha explicado previamente que de la población consultada para esta investigación, se reportó el caso de dos hombres quienes fueron diagnosticados con la condición de varicocele. Ambos participantes tuvieron experiencias distintas con respecto al diagnóstico del varicocele, el primero detectado durante las pruebas de diagnóstico de descarte sobre el factor de infertilidad de la pareja, sin síntomas con una aparente mejoría posterior a cirugía y el segundo sí presentó dolor inguinal, infección urinaria y fiebre, este último con diagnóstico de hipogonadismo asociado con una insuficiencia testicular de origen idiopática que resultó en un diagnóstico de azoospermia.

En este último caso, el paciente requería tratamiento crónico con testosterona de depósito cada tres meses, sin embargo por el bien de lograr un embarazo por reproducción asistida el paciente discontinuó el tratamiento de reemplazo hormonal, debido a que este inhibe la

producción de espermatozoides, lo que le significó importantes secuelas físicas ante la falta de testosterona. Ante esta situación el hombre presentó secuelas físicas como: pérdida de la libido, disfunción eréctil, aumento significativo de peso, agotamiento, cambios el estado de ánimo, y anhedonia: *“vida sexual cero, como él no tenía testosterona, él no tenía erecciones, pero eran cero erecciones. La doctora le dijo -podés tomar media Viagra que es un vasodilatador y ni siquiera con eso vas a tener una erección porque si no tenés testosterona no va funcionar- y dicho y hecho, ni siquiera con eso. Obviamente no había vida sexual porque no había nada”*-mujer 2 en relación a su esposo no entrevistado. Lo cual a su vez, para las investigadoras da evidencias sobre las posibles razones de que este hombre decidiera no participar de las entrevistas, probablemente por la vinculación entre su diagnóstico y otras áreas sensibles como la sexualidad.

➤ *Población Mujer:*

A pesar de que la infertilidad es una enfermedad que no produce síntomas físicos por sí misma, que puedan ser perceptibles por las personas afectadas, sí existen condiciones médicas que llevan a esta y podrían producirlos, por ejemplo la literatura es recurrente en indicar que la endometriosis puede producir infertilidad y frecuentemente es causa de molestias físicas o incluso dolor asociado tal como lo explican Moreno-Rosset y Roca (2012). Esto conviene señalarlo, ya que en los resultados de esta investigación en la población femenina no se presentaron casos asociados directamente a sintomatología física producto de otras condiciones médicas causantes de infertilidad, e incluso se presentó la singularidad del caso seis, en donde la participante pese a tener un diagnóstico de endometriosis grado cuatro, ella particularmente, no reportó sentir dolor asociado a esa condición, razón por la que conviene señalar que especialmente en la infertilidad cada caso tiene sus particularidades y

no es una norma que ciertas enfermedades presenten los mismos síntomas en todas las personas: *“la doctora ya empieza a explicarme que hay muchos focos endometrióticos, que estaba comprometido el ano y el simoides, que los ovarios prácticamente no se ven y me dice -imagínate un coliflor envuelto en un papel adhesivo, así está todo en ti, yo no me explico cómo a ti no te duele nada, cómo te viene la regla normal yo no me explico-”*-mujer 6.

Ahora bien, aclarado esto, en los resultados de este estudio sí se manifestaron ejemplos de la indudable evidencia que reporta la teoría sobre el sufrimiento iatrogénico, causado por las alteraciones relacionados con el uso de la medicación para tratar la infertilidad. Al respecto, se ha documentado sintomatología física principalmente en la población femenina asociada al uso de medicamentos hormonales comunes en este tipo de tratamientos, como son las gonadotropinas o el citrato de clomifeno que han evidenciado producir desde aumento de peso hasta irritabilidad, labilidad emocional e incluso depresión (Burns y Convington, 2000, citado en Giménez, 2012). En los resultados específicos de este estudio, la importante exposición hormonal a la que se vieron sometidas las participantes, les ocasionó algunas secuelas físicas relacionados a los procesos de estimulación ovárica por medicamentos, que vale la pena rescatar: *“físicamente, yo me sentía pesada, yo sentía que se me iba a caer el vientre, porque sí los ovarios crecen mucho, porque di sí, si los óvulos crecen los ovarios crecen y retienen ese peso”* -mujer 3. Asimismo conviene señalar que particularmente este tipo de reacciones físicas conducen en algunos casos a experimentar sensaciones las cuales son percibidas como síntomas del embarazo tan esperado, razón por la que es claro que la sintomatología física tiene además un importante impacto sobre las expectativas de la persona afectada y potencialmente sobre el grado de ajuste emocional a la situación: *“físicamente desgastan el montón de inyecciones, el montón de hormonas, te dan*

progesterona en todo momento entonces se le infla a uno el estómago terrible, porque te están dando la hormona del embarazo y te hacen sentir como una mujer embarazada”-mujer 4.

Por su parte, tal como lo advertían Moreno y Roca (2012) hubo reportes en las mujeres entrevistadas que lograron experimentar el proceso de embarazo y parto, una sucesión de cambios físicos, endocrinos y fisiológicos que se produjeron en sus organismo durante la gestación, la cual entre otras cosas las obligaron a hacer importantes esfuerzos de adaptación precisamente por la naturaleza riesgosa que tienen algunos embarazos producto de la tratamientos de reproducción asistida, a diferencia del curso que tendrían embarazos concebidos naturalmente que no tengan condición de alto riesgo. En el caso particular de la participante uno, se reportó además de otros síntomas que se profundizan en otros apartados, el importante aumento de la libido producto de la previa estimulación hormonal durante la fase de tratamiento, sumada a cambios hormonales biológicamente esperables: *“yo andaba horny todo el día, era una cosa terrible, yo veía a mi esposo y no podía hacer nada porque tenía el cerclaje, era un tema hormonal, estoy consciente que era hormonal”-mujer 1*, en este caso este tipo de experiencia resultó tener implicaciones emocionales en la pareja ya que ambos fueron claros en explicar que precisamente durante la fase de tratamiento y durante el post parto por el contrario la falta de apetito sexual fue causante de alejamiento de la pareja. Lo cual puede dar cuentas de los radicales cambios a nivel hormonal que atraviesa el cuerpo femenino y las implicaciones personales y de pareja que puede tener.

Aunado a lo anterior, también se presentaron evidencias de aumento de peso producto de los medicamentos hormonales recibidos en al menos tres de los casos. Se desea señalar que este aspecto, fue presentado por la mujer 2 como producto de secuelas emocionales serias que

fueron consideradas de peso para abandonar el tratamiento: *“siempre la terapia hormonal tiene cambios físicos inmensos, lo del peso es algo, es un cambio físico evidente que todo el mundo nota (...) el cambio emocional es grandísimo, y el cambio físico, verdad porque yo he subido diez kilos”*-mujer 2. Este caso en particular, permite reafirmar que las secuelas físicas experimentadas tienen impacto en varias esferas de la vida de la persona, tal como se ha detallado en otras familias y categorías y no son “pequeños” sacrificios en pro de la meta de la maternidad como frecuentemente se les interpreta por parte de especialistas médicos en infertilidad y por otras personas que son importantes influencias sociales, según lo que sugirieron varias de las participantes: *“incluso que cuando uno habla de estos efectos secundarios con mujeres o con parejas que ya han hecho el tratamiento, es -pero vos no te preocupés por eso verdad, porque eso es secundario y cuando vos ya tengas a tu bebé, no te preocupes me decía el doctor, no te preocupés, cuando ya estés embarazada eso va a ser lo de menos-”*-mujer 2.

Asimismo, algunos de los síntomas físicos que experimentaron las entrevistadas como producto de los tratamientos, tuvieron además implicaciones importantes al ser detonantes de conductas constantes de automonitoreo las cuales en su gran mayoría desencadenaban procesos ansiosos: *“estás atento a cualquier pinchazo porque no le puede doler a uno nada, si tengo manchado o no, si es natural o no, entonces sí es bastante estresante en ese sentido, no me quiero mover no quiero respirar, con el In Vitro yo sí estuve con un manchado en el tiempo en que me hice las pruebas y la psicóloga del centro me decía que mientras fuera de cierto color no había ningún problema, pero siempre uno preocupado de si lo tengo o no, me sale mucho o poco”*-mujer 4, también se puede observar en: *“yo no siento dolor con facilidad y un día acostada me dio un dolor tan fuerte tan fuerte tan fuerte y llamé al doctor*

y le dije -vea doctor usted sabe que yo no siento dolor y tengo un dolor insoportable-, - póngase Indometasina y se queda en reposo absoluto-, faltaban cuatro días para hacerme la prueba de embarazo, era un dolor en el útero como por encima de la vejiga”-mujer 6.

Categoría B: Manifestaciones físicas de origen psicofisiológico

Este apartado teórico pretende describir el impacto que los hombres y las mujeres diagnosticadas con infertilidad han experimentado sobre salud física por causas que se pueden relacionar con trastornos de origen psicofisiológico.

➤ Población Hombre:

En la mitad de los hombres que participaron de esta investigación se reportaron síntomas físicos asociados a respuestas de origen psicofisiológico. En el primero de los casos, el hombre reportó ataques de una condición previa de urticaria que es “una síndrome reactivo de la piel y las mucosas, de etiología variada y mecanismo etiopatogénico múltiple, caracterizado por la presencia de placas eritematosas (habones o ronchas) edematosas y pruriginosas que brotan durante más de seis semanas” (Sánchez-Saldaña, 2012, p.78). En este caso en particular, fue reconocido por el participante como principal desencadenante de sus cuadros de urticaria las situaciones que le producen altos niveles de estrés, como fueron determinados momentos de los tratamientos de infertilidad, el embarazo gemelar producto de esos tratamientos y los cuidados de los niños en los primeros meses. Este mismo participante indicó haber experimentado pérdida de libido, dolores musculares por tensión, dolores de espalda y pérdida de peso. De la misma manera, en otro caso entrevistado que también logró embarazo por reproducción asistida el hombre reportó a su vez, pérdida de peso en los periodos de mayor estrés y desórdenes digestivos principalmente asociados al

momento del aborto del primer ciclo de tratamiento y al cuadro de depresión post parto experimento por su esposa después de dar a luz a su hija productor del tercer ciclo de tratamiento: *“durante la experiencia que esto conllevó perdí peso, como cinco kilos. Porque dejé de comer, no me quedaban los pantalones. Y yo soy de comer mucho, y para que yo no quisiera comer es que la carga de estrés fue muy alta”* -hombre 3. Aunado a esto, un tercer hombre reportó aumento de su presión arterial y dolores de cabeza.

➤ *Población Mujer:*

La sintomatología física asociada a trastornos psicofisiológicos en las mujeres entrevistadas estuvo principalmente relacionada a síntomas característicos de los trastornos de ansiedad, tal y como se describe en el apartado “Secuelas Psicológicas”. Al respecto las dos participantes que sufrieron episodios de ataques de pánico detonados durante los tratamientos, manifestaron síntomas como taquicardia, dificultad para respirar, la sensación de que iban a sufrir un infarto o incluso pérdida de peso.

Asimismo, los resultados arrojaron que al menos dos de las participantes reportaron tener alteraciones en sus ciclos de sueño, las cuales podrían ser analizadas tanto como producto de los efectos secundarios de los medicamentos hormonales tal como se ha señalado antes, o también como originados en cuadros ansiosos, lo cual concuerda con las explicaciones de Cano-Vindel (2011). Este tipo de manifestaciones se presentaron tanto durante los procesos de tratamiento como en el embarazo: *“llegué a pensar tanto, que yo quería como tomarme algo para dormir y encima tenía insomnio porque no podía dormir. Para mí era como ya demasiado. Se me acortó mucho el sueño y me despertaba a veces con palpitaciones, o sea fue como un periodo muy corto, pero para mí fue muy intenso. El día que dormí toda la*

noche, yo me sentí curada”-mujer 1. En ambos casos reportados, las participantes indicaron secuelas generadas a nivel personal y de sus parejas en tanto a rendimiento en diferentes áreas de la vida como producto de la falta prolongada de descanso.

Finalmente, en al menos uno de los casos se indicaron trastornos gastrointestinales producto de los procesos de ansiedad y estrés vividos durante los tratamientos, aspecto concordante con investigaciones en la línea de los trastornos de orden psicofisiológico (Piqueras, et al, 2008): *“por tanto estrés, nos dieron ataques de reflujo. Ya habían pasado los ataques, (se refiere a ataques de pánico) ya estaba en tratamiento psicológico, pero del estrés, se me fue para el estómago, era un reflujo terrible por el estrés*”-mujer 1.

❖ **Familia 2: Secuelas Psicológicas**

La condición de infertilidad y los procedimientos médicos que se emprenden a raíz de la misma, están vinculados con la presencia de desajuste emocional en las personas que los enfrentan. Este concepto se refiere al cambio en la frecuencia e intensidad con la que se experimentan emociones negativas, produciendo modificaciones en la conducta, por ejemplo activación fisiológica intensa, dejando de lado hábitos saludables que si no son debidamente tratados podrían generar desequilibrios en la salud física y mental. El panorama contrario hace referencia al ajuste psicológico, el cual se considera como la forma en que los individuos reconocen y procesan la información sobre el curso de su problema de fertilidad, su investigación, tratamiento y posibles resultados, es un concepto que incluye aspectos cognitivos, conductuales y emocionales (Glover, Hunter, Richards, Katz y Abel, 1999). Por su parte, los autores del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA) argumentan que el factor desajuste emocional está constituido por la

existencia de sintomatología depresiva y ansiosa, agrupación que resulta congruente debido a la elevada comorbilidad de estos dos cuadros clínicos (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera-Jurado y Flores, 2008). De esta manera, el desajuste emocional a raíz de la infertilidad se vincula, entre otros aspectos, con los pensamientos interiorizados sobre el papel de la maternidad y la paternidad, mandatos sociales, historia de vida y contexto. En esta línea, se hace referencia a un panorama conformado por cuatro aspectos: la situación, las interpretaciones cognitivas de esta, los antecedentes de dichas interpretaciones y sus consecuencias. Estos dos últimos aspectos serán abordados a continuación.

Otro aspecto relevante ante la presencia de desajuste emocional en los sujetos es la ansiedad experimentada. Esta ha sido considerada como una respuesta adaptativa que ocupa un lugar en el ámbito de las emociones, las cuales son descritas por Cano-Vindel (2003) como todas aquellas reacciones corporales, subjetivas y conductuales ante situaciones que son relevantes para el individuo. Para él, las reacciones o experiencias emocionales son vividas como una fuerte conmoción del estado de ánimo, con una marcada vivencia, placentera o desagradable, que incluye la percepción de cambios somáticos. Por ende, podría decirse que la ansiedad es una emoción universal inherente al ser humano.

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) han realizado aportes significativos al término y Lang (1968 citado en Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel y García-Fernández, 2012) formula la teoría tridimensional de la ansiedad en donde las emociones se agrupan en las categorías: cognitiva-subjetiva, fisiológica y motora-comportamental, las cuales años después se llegan a comprender correlacionadas entre sí. Por su parte Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001) aportan que las respuestas de ansiedad pueden generarse por estímulos externos e internos al individuo y que las manifestaciones cognitivas pueden ir desde leves preocupaciones hasta

reacciones de pánico, las manifestaciones conductuales se evidencian cuando se evitan situaciones ansiógenas y las reacciones somáticas se muestran, por ejemplo, a través de respiración entrecortada, sequedad de boca, palpitaciones cardíacas, presión sanguínea elevada, tensión muscular, entre otras.

Algunas de las mujeres participantes de esta investigación fueron diagnosticadas con un trastorno de ansiedad, teniendo entre sus manifestaciones ataques de pánico lo cual les afectaba en sus actividades de la vida diaria. En el presente estudio se considera que las alteraciones emocionales de las personas no dependen directamente de su diagnóstico de infertilidad y del tratamiento en sí, sino más bien de las percepciones que éstas tengan de dichos eventos, las cuales afectan directamente sus emociones y conductas.

Otro de los temas vinculantes al desajuste emocional es la depresión, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011) es un trastorno mental que se caracteriza por un estado de ánimo decaído, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, problemas de concentración, bajo auto concepto, alteraciones de sueño y apetito y fatiga, síntomas que pueden llegar a ser crónicos o recurrentes y alterar la cotidianidad del ser humano; ocupa el cuarto lugar como causa de incapacidad en el mundo y se estima que para el 2020 estará en segundo lugar.

La depresión tiene distintas maneras de manifestarse en las personas según sea la intensidad y prevalencia de los síntomas. Uno de los subtipos se conoce como depresión mayor y se define como aquel estado de ánimo en el que se pierde el interés por actividades placenteras durante la mayor parte del día por dos semanas consecutivas, presenta al menos cuatro de estos síntomas: alteraciones en el apetito, peso, sueño y actividad psicomotora, falta de

energía, sentimientos de culpa, problemas de concentración y toma de decisiones, pensamientos de muerte o intentos suicidas y pérdida del deseo sexual. Además, es muy probable que se produzca un episodio de depresión mayor luego de acontecimientos psicosociales significativos para la persona y que éste también influya en la presencia de un segundo episodio (DSM-V, 2013).

En esta investigación una de las mujeres fue diagnosticada con depresión mayor lo cual la llevó a experimentar depresión postparto, que es un episodio depresivo mayor regularmente breve, que se presenta durante los seis meses posteriores al parto, mostrando una estrecha relación temporal con el nacimiento. Entre sus síntomas están presentes la disminución del ánimo, sentimientos de ineficiencia, aumento en la labilidad emocional y alteraciones propias de cualquier depresión donde gran parte de los contenidos depresivos están relacionados con el bebé, como por ejemplo, el temor de no querer al bebé, ideas compulsivas de hacerle daño y dudas de si les pertenece o de si tiene alguna deformación (Alfaro, 2005), también cambios de humor, pérdida del apetito, sensación de tristeza, cansancio, problemas para dormir (Maroto, García y Fernández, 2004).

Pueden ser detonantes para llegar al estado de depresión postparto las alteraciones de tipo emocional, aquellas en las que se experimenta mucho estrés, la falta de redes de apoyo social y familiar, la presencia de alguna psicopatología o incluso los conflictos que tenga la pareja. Beck (2001) citado en Maroto et. al (2004) considera que otros factores influyentes para la aparición de este tipo de depresión son la condición socioeconómica, el estado civil y la planificación del embarazo. Por su parte, Rondón (2005) considera que la depresión postparto no podría entenderse en muchos casos sin considerar ciertas variables de tipo universal que influyen en el bienestar emocional de las mujeres, entre esas se distinguen ciertas alteraciones

de tipo hormonal que podrían dar lugar a su vez a los desequilibrios corporales y físicos, la alteración de imagen corporal y la preocupación que surge entorno al niño o niña en crecimiento dentro de su vientre respecto a su integridad y salud.

Según Pinel (2007) desde una perspectiva fisiológica, se genera producto de anomalías en las sinapsis, mostrándose fallas en los mecanismos presinápticos que interfieren en la disponibilidad de precursores, en la síntesis, liberación y mecanismos de regulación de dicha liberación de neurotransmisores. Como resultado hay una disfunción en los receptores postsinápticos y defectos en la regulación genómica de las diferentes proteínas involucradas en la regulación sináptica. Todo esto se evidencia en la alteración de la actividad de los distintos neurotransmisores. La acetilcolina se encuentra vinculada, ya que cuando se aumenta la actividad colinérgica se puede inducir a estados depresivos, incluso se ha propuesto a la hipersensibilidad colinérgica como un marcador de tipo genético en la depresión, por lo que las alteraciones en la acetilcolina predisponen al individuo al desarrollo de la depresión mayor. La Teoría monoaminérgica de la depresión es la más aceptada y sostiene que la depresión está estrechamente relacionada con la hipoactividad de las sinapsis serotoninérgicas y noradrenérgicas, esto se fundamenta con el éxito de los inhibidores de monoaminooxidasas, los antidepresivos tricíclicos que impiden la recaptación de estos neurotransmisores y los inhibidores selectivos de la recaptación de monoaminas, siendo todos estos agonistas de la serotonina, la noradrenalina o ambas (Pinel, 2007).

El desajuste emocional experimentado por los sujetos de investigación tuvo impacto en su sexualidad. Uno de los aspectos más sobresalientes en el discurso de los sujetos de investigación fue el impacto emocional que tuvo para ellos programar un acto que para el disfrute de ambos debería darse de manera natural y es el de los encuentros sexuales. “La

sexualidad como aspecto central del ser humano, se convierte en un campo, tanto individual como de pareja, vulnerable a ser modificado como consecuencia del diagnóstico de infertilidad y de los tratamientos de reproducción” (Valladolid, 2012, p.9), circunstancia que se les había vuelto crónica en momentos de mucha carga emocional y si bien “desde el principio que estos procesos emocionales no tienen en sí mismos por qué caer necesariamente bajo el epígrafe de lo «patológico», aunque puedan derivar en patología en algunos casos” (p.61). Todas las experiencias alusivas al encuentro sexual, tanto las de pensamiento como de práctica, se ven interpeladas por los factores emocionales que experimenta el hombre, la mujer o en su defecto ambos. “Desaparece el placer en la relación sexual, y la presencia de disfunciones sexuales como consecuencia de la propia infertilidad alcanza un 60%; asimismo presentan paradójicamente, una menor frecuencia en el número de relaciones sexuales en comparación a las mantenidas previamente, y una disminución de la espontaneidad, el deseo el interés y el placer” (Giménez, 2012, p. 6). De las personas entrevistadas, todas hicieron alusión explícita a una baja en el deseo sexual, entendiéndose esto vinculado a factores emocionales, en donde el estrés genera un manejo diferente de la producción de esperma, interfiriendo con la función endocrina y la espermatogénesis de las gónadas masculinas, es decir genera alteraciones estructurales en los espermatozoides, afectando negativamente su movimiento y reduciendo su capacidad de llegar al óvulo (Basu, 2008).

Todos los aspectos anteriores tuvieron un impacto en el estilo de vida de los sujetos participantes. Pasar por un proceso tan complejo y desgastante como por el que los siete casos de esta investigación pasaron “implica siempre la pérdida del modo de vivir tal como éste era antes de la crisis; muy rara vez existe una elección, y siempre está ausente la posibilidad de elegir una reacción espontánea («hay que poner remedio»): el inicio del tratamiento

médico y sus posteriores vicisitudes suponen un cambio de vida tanto personal como de pareja” (Moreno, 2012, p.63).

De acuerdo con los aportes anteriores es que surge esta familia teórica correspondiente a las secuelas psicológicas, la cual será entendida en esta investigación como los cambios y síntomas que se evidencian en el desajuste emocional del hombre, la mujer y la pareja después de haberse sometido a los procedimientos y que impactan su afectividad, comunicación y sexualidad. Se conforma a su vez de las categorías teóricas: secuelas del diagnóstico y tratamiento en la afectividad de la pareja, secuelas del diagnóstico y tratamiento en la afectividad de la pareja, secuelas del diagnóstico y tratamiento en la sexualidad de la pareja, y secuelas psicológicas del tratamiento. Las primeras dos categorías, dada la naturaleza del relato de los sujetos de investigación en ambas, se expondrán exclusivamente en el apartado de pareja ya que son aspectos que se viven de manera simultánea en esa interacción.

Es conveniente indicar que esta familia fue vinculada y triangulada con los principales resultados de los instrumentos que se utilizaron, no con fines cuantitativos, diagnósticos, ni de generalización, sino como complemento de la información obtenida en la entrevista a profundidad.

Categoría A: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la sexualidad

La primera categoría es alusiva a las secuelas del diagnóstico y tratamiento en la sexualidad, y ésta al vivirse de manera específica en cada población se analizó por aparte para los hombres y para las mujeres. La misma, será entendida como Aumento o disminución en

calidad y/o cantidad de los encuentros sexuales tras la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

➤ *Población Hombre:*

Los cuatro hombres entrevistados que se sometieron a tratamiento en pareja, dejaron claro que dado lo delicado de los procedimientos a los que se enfrentaron ellos o sus esposas, no solo intervenciones quirúrgicas en algunos casos, sino terapias hormonales, fue importante acatar las sugerencias médicas para lograr el esperado objetivo. El encuentro sexual “se convierte en una tarea programada en torno a los días más idóneos del ciclo ovulatorio, no hay espacio para el juego ni la sorpresa” (Valladolid, 2012, p.11) y esto generó que los hombres dadas las circunstancias, le dieran una connotación diferente a ese encuentro íntimo al destacar que: *“entonces sí, lo que se pierde es cualquier espontaneidad, hay que decirlo, uno se siente como que hoy toca tener relaciones sexuales porque el doctor mandó como una prescripción médica”*-hombre 1, reconociéndose que además de la espontaneidad se ven afectados otros aspectos: *“sí ha afectado, no voy a decir que no ha afectado, a mí me afecta, no se otras parejas (...) yo quiero pensar que la calidad está muy bien, la cantidad sí disminuyó”*-hombre 4. Asimismo, otro de los aspectos sobresalientes incluso después de los tratamientos, una vez logrado el embarazo fue: *“no les puedo decir que afectó nuestra relación, pero fue una etapa de mucho esfuerzo”* -hombre 3, esto porque era embarazo de riesgo y debieron suspender la vida sexual por varios meses incluso después de nacida la bebé, situación que el hombre reconoció de mucho esfuerzo de su parte al entender y aceptar que por más que él quisiera o necesitara tener intimidad sexual, su esposa no tenía el interés ni la disposición por factores físicos y emocionales.

Sin embargo, en los momentos en que estas personas ya no estaban condicionadas a estipulaciones médicas para programar su vida sexual y podían tener sexo libremente, experimentar estrés no se los permitía. Basu (2008) destaca el estrés como uno de los principales factores limitantes que acaparan la vida de las personas infértiles y refiere a que “algunos autores observaron que las situaciones estresantes relacionadas con el diagnóstico de infertilidad pueden reducir el placer del sexo” (p. 148). Asimismo la sincronización forzada del coito con el período de la ovulación de la mujer, como suele aconsejarse frecuentemente para tratar la infertilidad, genera también en los hombres altos niveles de presión psicológica desencadenando esto insatisfacción sexual. “La naturaleza ardua de los tratamientos de la infertilidad a menudo compone un estado estresante en la pareja estéril, y el estrés psicológico en estos pacientes tiende a aumentar a medida que el tratamiento se intensifica y la duración del tratamiento se extiende” (Basu, 2008, p. 148). Al respecto los hombres entrevistados reportaron: *“no había ganas, porque había estrés (...) me dieron más los ataques de la alergia, desde que empezamos el tratamiento, antes lo tenía como una vez por semana, ahí en ese tiempo eran diarios. Hasta hoy hasta el momento son como cada dos días. Lo mío es psicológico, es emocional, puedo estar triste o estresado que me va a disparar la alergia”* -hombre 1, tal como se mencionó en la categoría teórica anterior de secuelas físicas. De acuerdo con Moreno (2012) bien se sabe que “al producir el diagnóstico de infertilidad y su tratamiento, un proceso de estrés prolongado en el tiempo, puede suponer un factor de agudización de psicopatologías preexistentes” (p.64). Es importante hacer énfasis en el caso de los hombres 1 y 7, ya que ambos reportaron tener algún tipo de condición física que se les disparaba en momentos de mucho estrés.

También hubo quienes reconocían la diversidad en la intensidad de emociones que se experimentan al ver cómo su deseo sexual, el cual según los hombres entrevistados estaba casi siempre en su máximo nivel previo al diagnóstico, podía verse de igual manera afectado ante un evento de vida como por el que estaban pasando: *“más bien como una disminución en la actividad, a veces uno se queda dormido ahí y no le importa nada, no es como antes verdad, (...) hay como picos también, a veces, eso está asociado con la parte emocional”*- hombre 3. Esto evidencia que hay un conocimiento importante de los factores asociados a la experiencia, y es interesante cómo ellos mismos asocian la disminución del deseo a factores emocionales. De acuerdo con Martín, Muñoz, Ramis y Vicente (2011) hay estudios que evidencian que la infertilidad afecta muchos aspectos psicológicos en la vida de un individuo, entre esos su autoconcepto, el sentido de cooperación, la satisfacción con la vida, estado de ánimo y por ende se genera un impacto en las relaciones sociales.

Aunque los entrevistados plantean en su discurso una ausencia de deseo sexual, solo la mujer 2 refiere al término de disfunciones sexuales cuando comentó que su esposo no podía tener erecciones dada la falta de testosterona en su cuerpo, no se debía solo a factores emocionales sino también a factores biológicos. Pasch et al. (s.f) citados en Martín, Muñoz, Ramis y Vicente (2011) *“afirman que el hombre siente amenazada su sexualidad y autoestima, viviéndolo como una pérdida de poder (...) las pruebas diagnósticas y el vocabulario empleado en la consulta influyen en la pérdida de identidad masculina y su autoestima”* (p.75). Y en un estudio realizado por ellos, ante el diagnóstico de una azoospermia, el 62,5% de los hombres presentaron una disfunción eréctil transitoria, así como menos satisfacción sexual por la presión psicológica que se les genera cuando se les indica tener relaciones sexuales programadas.

Población Mujer:

Las mujeres reportaron sí notar cambios evidentes en cómo vivían su sexualidad, situación que ellas notaron iba evolucionando para bien o para mal, a su parecer, en la medida que se daban las distintas etapas del tratamiento. En las fases iniciales tras la estimulación hormonal, coincidían en un aumento del deseo sexual: *“en realidad sí y no, porque como uno está más sensible tal vez está más adolorido, yo nunca digo que no, así me duela todo (...) con las hormonas yo me ponía loca, uno se pone todo loco porque te estimula mucho la ovulación entonces siente uno como que le pica todo”*-mujer 4, y: *“yo andaba horny todo el día, era una cosa terrible (...) era un tema hormonal, estoy consciente que era hormonal”*-mujer 1.

De acuerdo con Domínguez (2001, citado en Riquelme, 2006), cuando el embarazo no se logra pero se desea, la sexualidad puede pasar a ser un medio para reproducirse, dejando de un lado el sentido del placer. Las mujeres de esta investigación, reportaron haber sentido eso respecto a la posibilidad del encuentro sexual porque para ellas dejaba de tener sentido, al no poder alcanzar su más deseado resultado: *“me dio por un tiempo pensar ¿para qué tener relaciones?, muy estúpido, eso se llaman pensamientos irracionales, pensaba que para qué tener relaciones si el fin último del matrimonio era procrear y él y yo ya no podíamos procrear, yo estaba resentida con él por todo lo que había sentido del no acompañamiento, y entonces me era muy difícil, no muy difícil, pero no me gustaba tanto tener relaciones, si pasaban a veces era más por complacencia que por placer mío real”*-mujer 6. En el caso de las mujeres que ya han pasado por algún procedimiento *“en ocasiones; cesan de mantener relaciones sexuales durante los tratamientos ante la creencia de < poder dañar el aparato reproductor > o interferir con ellas en el progreso de los tratamientos”* (Valladolid, 2012, p.14). Incluso la literatura sobre el tema indica que cuando se realiza la transferencia

embrionaria en un ciclo de TRA, es frecuente la creencia de que mantener reposo al máximo, podría facilitar la implantación del embrión en el útero de la mujer y ante esto, la pareja toma la decisión de cesar sus encuentros sexuales a lo largo de este período. Sin embargo, ninguna de ellas identificó este motivo como justificación para limitar sus encuentros sexuales, pero sí esta otra razón: *“cuando estábamos en tratamiento, más bien era recomendado tener todas las relaciones que pudiéramos tener, lo que pasa es que se vuelven muy conscientes, me doy a entender, porque recuerdo que el doctor decía -en tales días hagan el amor-, obviamente sí hay amor, porque somos marido y mujer, pero hay ahí un fin en la cabeza, que es quedar embarazados, quizás que surgiera más espontáneamente, se pierde esa magia verdad porque uno está muy consciente de que uno quiere quedar embarazado”*-mujer 3. En el caso de las mujeres que lograron la maternidad, reconocieron que después de que sus hijos nacieran, su deseo sexual disminuyó por completo: *“nosotros antes de que los chiquitos llegaran estábamos muy plenos con nuestra vida sexual, pero nacieron los bebés y yo decía usted puede inclusive dormir en otro cuarto, si gusta de aquí a que seamos viejitos, es más por mí, yo soy más feliz. Yo no quería saber nada, era un rechazo”*-mujer 1. Asimismo: *“el doctor nos decía -ustedes pueden tener sexo, tranquilos-. Las únicas veces que nos dijeron, mejor no tengan relaciones fue cuando hubo el sangrado, que eran dos o tres semanas, pero yo no me quise arriesgar. Todo el embarazo, nuestra vida sexual en ese aspecto o sea, estuvo en stand by (...) creo que no fue que lo decidimos, creo que fue que yo lo decidí y él aceptó la decisión mía”*-mujer 3.

Respecto a las complicaciones que puede presentar la vivencia de la sexualidad Moreno-Rosset (2009) advierte sobre las disfunciones sexuales o las alteraciones que se dan en el deseo a raíz de no conseguir el hijo deseado. Para esta autora “ese deseo genera energía

positiva, pero no conseguirlo puede provocar inhibición de la respuesta sexual. Las disfunciones sexuales generan una disminución del goce y actividad sexual de las parejas, aspectos imprescindibles para conseguir, además, un embarazo” (p. 20). De manera similar, Valladolid (2012) aclara que es necesario evaluar la diversidad de factores que pueden alterar la respuesta sexual, tanto los físicos como los mentales. “Entre otros factores cabe citar una enfermedad física como la enfermedad pélvica inflamatoria en la mujer que puede provocar dispareunia” (p.15), esta es una condición que hace que las mujeres sientan dolor al ser penetradas la cual debe ser diagnosticada por un profesional y tratada de manera específica.

Sobre este punto, aunque no hubieran recibido este diagnóstico precisamente al menos una de las entrevistadas reconoció presentar sintomatología física consistente con lo expresado anteriormente, cuando intentó retomar el vínculo sexual. Estas condiciones incrementaron sus emociones negativas asociadas a este encuentro, de modo que requirió más tiempo volver a recuperar de manera plena esta área en pareja: *“como no había tenido relaciones durante todo el periodo en que estaba embarazada, entonces el himen se me cerró, era para mí la mayor tortura. Todo lo que significaba la relación sexual era lo peor que me podía pasar, me dolía, me sentía mal, no tenía atracción, nada, fue una cosa terrible y tuve que ir con la doctora y me tuvo que mandar tratamiento, unos aceites y me quitó las pastillas y eso me ayudó”*-mujer 1.

➤ *Población Pareja:*

Tal y como se ha planteado, Moreno-Rosset (2009) destacan que “la infertilidad puede tener repercusiones a distintos niveles. El primero sería sobre uno mismo y la propia pareja, ya que cualquier relación amorosa tanto heterosexual como homosexual contiene unos componentes

fundamentales como son la atracción, el deseo y el enamoramiento” (p.19). Una de las prácticas humanas en donde se conjugan la atracción, el deseo y en algunos casos el enamoramiento, es la sexualidad. Esta es considerada como un aspecto central en la vida de los seres humanos y “se convierte en un campo, tanto individual como de pareja, vulnerable a ser modificado como consecuencia del diagnóstico de infertilidad y de los tratamientos de reproducción” (Valladolid, 2012, p.9).

El campo de la sexualidad, fue uno de los más minados para las parejas que participaron de esta investigación. Ya en los apartados de hombre y de mujer se analizó el impacto que se generó en la vivencia individual de la misma para ellos y ellas de forma diferenciada, sin embargo en este caso se reportaron las vivencias y reflexiones colectivas que impactaron a ambos a la vez: *“Mujer: él y yo (...) cero de sexo como por ocho meses, aparte de que yo, a mí el libido se me fue menos 500, eso para mí era ¿tenemos que tener tacto? ¿no podemos como nada más pensar en cosas eróticas?. Yo no quería saber nada de sexo, no era por él, simplemente no me llamaba la atención, yo estaba en otra fase de mi vida. Hombre: la libido al suelo de los dos, porque era lo que menos estábamos pensando, estábamos pensando en el diagnóstico y cómo mejorábamos la parte de ser fértil ella y al saber que no somos compatibles, no somos fértiles, sentíamos que para que íbamos a hacer algo si no íbamos a poder, en vez de pensar en disfrutarlo por ser pareja, pero sí se bajó mucho”* -pareja 1. En ese extracto se ejemplifica la idea de que en muchas ocasiones ante el diagnóstico de infertilidad “la reproducción se convierte en la prioridad para la pareja. El único objetivo del encuentro sexual es el embarazo. Su vida sexual girará en torno a sus limitaciones para concebir y el erotismo y el placer pasarán a segundo plano” (Valladolid, 2012, p.10).

Según Giménez (2012) ante eventos estresantes como lo es el enfrentar su condición de infertilidad o los tratamientos y tensiones a las que deben exponerse estas parejas, es común si “desaparece el placer en la relación sexual (...) y una disminución de la espontaneidad, el deseo, el interés y el placer” (p. 6), tal y como lo reportaron algunas parejas: *“como él tiene la testosterona casi en cero, por ejemplo, nosotros teníamos tres meses de no tener relaciones, y el doctor decía -no importa, espérense, espérense-, yo le digo a mi esposo -no es que yo necesite, pero siempre hace falta ese vínculo-”*-mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja. También al consultarles si había cosas de sus vidas cotidianas que sabían que podían hacer y dejaron de hacer, algunos inmediatamente contestaron: *“sí, tener sexo. Yo le dije a él. Él me decía -bueno pero...- Hasta el doctor nos decía -ustedes pueden tener sexo, tranquilos-. Las únicas veces que nos dijeron, mejor no tengan relaciones fue cuando hubo el sangrado, que eran dos o tres semanas. Pero yo no me quise arriesgar. Todo el embarazo, nuestra vida sexual, en ese aspecto o sea, estuvo en stand by (...) Yo creo que nuestra vida sexual empezó como a estabilizarse cuando el medicamento ya hizo un buen efecto, es decir como hasta que la bebé tenía como cinco o seis meses más o menos y es paulatino, no es que uno se vuelva una fiera sexual y quiera tener sexo todos los días de la semana, es paulatino, y ahora que tenemos a la bebé o sea es bueno como ya se durmió, aprovechemos. Ha mejorado muchísimo”* -pareja 3. Al respecto, Valladolid (2012) destaca que “hay parejas que sienten que la recuperación de su actividad sexual no supone una prioridad en este momento de sus vidas y prefieren aceptar los cambios y no involucrarse en su modificación” (p.13) sin embargo, para esta pareja fue empezar desde cero con esa nueva conquista, que ambos deseaban recuperar al máximo, una vez que ya habían pasado por las etapas más retadoras.

Categoría B: Secuelas psicológicas del diagnóstico y tratamiento

La segunda categoría teórica corresponde a las secuelas psicológicas del diagnóstico y tratamiento y será entendida como el desajuste emocional ocurrido en el hombre y la mujer producto del diagnóstico y tratamiento, ya sea propio o de su pareja.

➤ *Población Hombre:*

Dada esta experiencia de pareja que atravesaron o seguían atravesando los casos entrevistados, los hombres manifestaron haber tenido un sentimiento de culpa a raíz de diferentes circunstancias: *“di talvez culpable hasta cierto punto porque no le pude resolver nada a ella, por mi forma de ser me gusta o sea si yo tengo un problema me gusta resolverlo y punto como sea, o sea no importa los medios pero hay que resolverlo, pero en el caso de ella di no, pagamos doctores, hicimos esto, lo otro y ella no ha podido, no es algo que está en mi”* -hombre 5 y aun reconociendo que está fuera de sus posibilidades hacer que se cumpla el objetivo: *“yo me afligía, cuando como pareja no lo lográbamos. Bueno en otras etapas yo también me afligía muchísimo”* -hombre 1. O incluso algunos que decían: *“no te puedo decir que culpa, de sentir que soy el culpable de eso no, pero sí talvez una responsabilidad en el sentido de que ¿pude haber hecho algo más?, ¿nos pudimos haber dado cuenta antes?”* -hombre 3. Quedando en evidencia las rumiaciones al cuestionarse siempre los “hubiera”, aspectos de los cuales igualmente no iban a tener respuesta alguna.

A diferencia de la culpa, los hombres destacaron experimentar emociones opuestas a sus esposas, por ejemplo el rencor y enojo: *“yo no recuerdo haber pasado por una etapa de rencor, no yo no pasé por una etapa de rencor, ni enojo, en parte por la obligación de sostenernos a ambos, sino uno se desparrama decía yo”* -hombre 1, también *“no recuerdo*

haberme enojado ni con Dios, ni con nadie. También era consciente de que mi esposa estaba enojada y yo no quería afirmar ese enojo”-hombre 3. Pero sí reconocieron sentir una gran tristeza: *“una aflicción muy grande puede ser una palabra adecuada, aflicción, impotencia bastante, durante ese proceso (...) no me permití enojarme, si me permití entristecerme”*-hombre 3. De igual manera destacaron en su mayoría: *“yo no tuve rechazo hacia personas, ni embarazadas, ni papás, mi aspecto más fue como de una carencia, un anhelo no cumplido, de una gran tristeza”*-hombre 4, y *“para mí sí, claro el día que me dijeron que ella no estaba embarazada después del In Vitro hubo mucho estrés, es más como tristeza. Es mucha la tristeza que hay, pero la tristeza también es estrés, es un tipo de estrés”*-hombre 7. Cabe destacarse que *“la depresión en los hombres infértiles es común y es un factor que contribuye a la disminución de la concentración de esperma”* (Basu, 2008, p.147), de acuerdo con esta premisa es importante destacar que por más síntomas asociados a la tristeza que sintieran estos hombres en determinadas etapas del proceso, nunca llegó a desarrollarse en ninguno de ellos, una depresión diagnosticada clínicamente, situación que sí sucedió con las mujeres.

También reconocieron sentirse ansiosos o estresados: *“el estrés me llega y no es que lo niego, ósea simplemente lo combato, no sé, trato de que no me afecte tanto, pero así como que no me llegue estrés no, ósea sí, no como que no me llegue (...) siempre estoy pensando, cada vez que me levanto, esto y lo otro, estoy pensando mucho en ella, que si queda embarazada, que si no queda embaraza ¿qué vamos a hacer?, ¿estaré por el camino correcto?, ¿será que realmente estamos haciendo lo correcto?, ¿o sintiendo lo que hay que sentir? ¿o pensando lo que hay que pensar? (...) ¿debería sentir más o debería llorar más o tener algún amigo a quién contarle o buscar a alguien a quién contarle?* -hombre 7. A diferencia de la culpa enfocada en el pasado y en los “hubiera”, la ansiedad que reportaron los hombres estuvo

proyectada hacia el futuro y las incertidumbres sobre lo que podría pasar. “Las manifestaciones y efectos del estrés psicológico en varones con infertilidad son diversos y variables” (Basu, 2008, p.142), esto es congruente con lo reportado por los hombres en este apartado, al reflejar que existe una dificultad implícita al reconocer fácilmente estados emocionales y buscar un arreglo para los mismos, a diferencia de las mujeres quienes por un factor de cultura y socialización se les enseña a hacer ese monitoreo constantemente, resolviéndolo ya sea al ponerlo en palabras o llorando, reacciones que por factores de género a ellos se les han limitado.

Dada la particularidad del caso 3, ya que fue el único que experimentó un diagnóstico de salud mental en la mujer después del parto, es importante reflejar la vivencia que el hombre destacó acompañando la depresión postparto de su esposa. “Los hombres suelen reportar que experimentan estrés y fatiga debido al aumento de las demandas (es decir, cuidando a un cónyuge deprimido y a un niño pequeño) y describen sentimientos de frustración, ira y resentimiento” (Letourneau, et al, 2012, p.70), este hombre reconoció que por más desgastante que haya ido el proceso en todos sus aspectos, él sintió cómo uno en particular lo derrumbó emocionalmente: *“la gota que derramó el vaso fue, la noche en que mi esposa me dijo -me voy, me voy de la casa- y yo le pregunté pero ¿para dónde te vas a ir? y ella me dijo -no sé a dormir-. Ya llevaba en ese momento, casi 48 horas sin dormir”*. Esto, días después del parto, implicándole a él incluso tener bajo control ciertos aspectos que evidenciaban cómo la debía vigilar dado el riesgo y vulnerabilidad emocional que ella tenía en ese momento: *“yo controlaba los medicamentos, los guardé durante 1 año y medio (...) a mí me daban las 12 de la noche esperando que ella se durmiera (...) me pegaba en la puerta del cuarto y oía hasta que se durmiera”*. El derrumbe emocional que él vivió lo detalla

al confirmar las sospechas de que algo no estaba del todo bien con ella: *“yo recuerdo haber explotado, cuando a ella le dan el diagnóstico de depresión post parto (...) a ella le dan el diagnóstico, la atienden, ósea lo más difícil fue el fin de semana, de viernes a domingo lo recuerdo más o menos bien. Mi esposa recibe el diagnóstico de depresión post parto un jueves o un viernes más o menos (...) el domingo, yo ya no podía más”*-hombre 3. En un estudio realizado por Letourneau et. al (2012) los hombres de parejas que pasaron por la depresión post parto, señalan como necesidades fundamentales, el apoyo profesional, la ayuda de amigos y familias, para poder conversar y compartir la sobrecarga con la que cargaban relativa a la enfermedad de la pareja. Asimismo *“desempeñan un papel importante en la promoción del desarrollo de sus hijos, protegiendo a sus parejas de una recaída depresiva”* (p.70).

Por su parte, dadas las particularidades del caso 7, ya que eran los únicos que se estaban haciendo tratamiento al momento de ser entrevistados, se evidenció en el hombre una anticipación del impacto que podría tener el tratamiento en él y su esposa, comentando respecto a lo que estaba por venir: *“hay esperanza, hay de todo, todo eso hay, no lo reflejo llorando o de alguna otra forma, de alguna otra forma lo hago, me voy a la piscina, es mi forma de irme a llorar a pensar o me voy a caminar o me quedo aquí solo y no voy a entrenar, no voy a la piscina porque hay días que no quiero ver a nadie simplemente, o llego tarde de la oficina porque quiero venirme aquí temprano, estar aquí mientras cae el atardecer porque ella no ha llegado o me voy a almorzar solo, yo trato como de manejarlo así, sí tengo emociones y siento tristeza, esperanza y miedo, a veces también pesimismo”*-hombre 7. Incluso previendo que la situación no resulte como se espera, sin adelantarse demasiado pero previendo las circunstancias: *“lo veremos un poco más adelante pero porque trato de que*

eso no me estrese, ¿qué vamos a hacer?, que si vamos a comprar un óvulo o buscamos una familiar de ella para tener algún tipo de control en ese sentido, no sé, (...) yo sí lucho por que no me afecte verdad, y tal vez eso me genera estrés y tal vez me genera presión alta verdad, porque también me lo guardo, mucho porque yo no comparto mis cosas con la gente en realidad". Reconociendo incluso que sus emociones negativas eventualmente podrían persistir: "si fallamos, o sea si no funciona y después de ahí puede que lleguen a ser otros miedos: ¿qué hago adopto o no adopto? y qué hago ¿lo vuelvo a intentar?, ¿buscamos un donante?, ya empiezan a salir otros miedos, de momento el miedo mayor es que no funcione y eso sí nos da tristeza".

Un aspecto interesante fue que sus esposas reportaron detalles que ellos pasaron por alto cuando se indagó sobre el impacto emocional del diagnóstico y el tratamiento, destacando emociones y reacciones mucho más fuertes de lo que ellos dijeron: *"él se enfermó del estrés, bajó de peso. Pero se veía enfermo, pudo haber perdido más de cinco kilos por mes, no dormía, tenía ojeras. Se estresaba, lloraba, vivía en vela porque él decía puchica, después de la vida que hemos tenido, todos los planes que teníamos y ¿ahora qué?"-mujer 1. Asimismo: "la doctora se lo dijo -nada ganas teniendo una familia y no teniendo una esposa- (...) entonces él dijo, o hago algo o me despierto porque si no, nos vamos a terminar divorciando por algo, que ni él puede controlar ni yo puedo controlar (...) sí estaba depresivo, ella me decía que era normal, o sea una serie de cosas que ya no solo dependía del hecho de que hiciera o no espermatozoides, él tenía la testosterona casi en cero, entonces, estaba como súper amargado, súper de todo"-mujer 6. Y: "se le brotó la cara bastante de acné, muy de estrés" después de que su pareja recordara que durante la experiencia perdió peso por haber dejado de comer, tanto que no le quedaba la ropa. Tal como se evidencia, ellas*

siempre hicieron referencia al estrés como uno de los factores predominantes en sus esposos dada esta experiencia y en congruencia con esto “hay evidencia creciente de que el estrés siempre se presenta como un factor de riesgo adicional para la infertilidad, incluso si no es la causa principal. Es obvio que una vez que la infertilidad y el estrés psicológico coexisten, establecen un efecto en cascada” (Basu, 2008, p. 148).

Estos resultados, pudieron ser contrastados con la información proporcionada por las mujeres en los instrumentos que completaron como forma de triangular la información que brindaron a las investigadoras al momento de las entrevistas. Es importante reconocer sobre los instrumentos que, si bien estos fueron utilizados en la fase de recolección de datos para indagar la presencia o no de desajuste emocional en los sujetos de investigación ya fuera a través de la evidencia de rasgos ansiosos y/o depresivos así como del uso de estrategias de afrontamiento como un recurso auxiliar a la entrevista, aspectos que permitían conocer de manera más específica el impacto emocional reportado por las y los participantes durante la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, ya fuera en uno de ellos o ellas o en sus respectivas parejas, no se utilizaron sus resultados de forma individual para cada participante, ni mucho menos los valores cuantitativos para fines diagnósticos pero sí sirvieron para corroborar que esta experiencia sí tuvo implicaciones emocionales serias en las vidas de estas mujeres y de sus parejas.

➤ *Población Mujer:*

En lo que respecta al tratamiento, se sabe que para llegar a ese punto deben hacerse valoraciones médicas previas que determinaban lo que iba a pasar en cada caso y próximos procedimientos. Esas valoraciones previas fueron muchas veces experiencias

emocionalmente fuertes que dieron en algunos casos a las mujeres de esta investigación, la esperanza de que todo iba solucionándose o la mala noticia de que se presentaban mayores complicaciones. Por ejemplo, la mujer 6 que se sometió a una laparoscopia para saber cómo estaba su útero, ovarios y trompas, y que una vez que salió de la operación reconoció que fue muy fuerte la noticia que recibió de que tenía una endometriosis grado 4, lo cual evidentemente dificultaba su posibilidad de quedar embarazada: *“yo entré en shock y si tú me preguntas qué pasó desde las 12:40pm que terminamos de hablar hasta las tres de la tarde que me vinieron a recoger, no me acuerdo (...) llegué a la casa y me senté en el sillón y lloré y lloré y lloré como por tres horas y yo le dije “mi amor tengo una enfermedad, una endometriosis grado cuatro” no fui muy técnica para hablarle, “no puedo tener hijos” y me eché a llorar y llorar y lloré y lloré y lloré”*- mujer 6.

Una vez que algunas mujeres pasaron por esas valoraciones previas o procedimientos pre-tratamiento, sucedió para quienes ya habían concretado realizarse un procedimiento de RMA, la presencia de tensión emocional que se incrementa días antes a la aplicación de la misma, sumado a los cuidados previos que toda mujer en etapas de preparación para el tratamiento debe tener. En este caso, bien como esta mujer lo reconoce, el contemplar todos los aspectos alusivos al viaje a Panamá son factores estresantes que no se acompañan de la mejor manera de parte de los profesionales: *“nos mandan los medicamentos y hacemos todo, nos dicen todos los detalles del viaje, nunca lo habíamos hecho entonces va uno di nervioso, estresado, es bastante diferente a la inseminación, pero decidimos hacerlo”*- mujer 7.

Pasando a las siguientes etapas, en este caso los días posteriores a la aplicación del tratamiento, las mujeres destacaron la tensión vivida en esos momentos, ya que existe la posibilidad de que otras complicaciones puedan darse y hacen que vuelva a iniciarse el ciclo

de tensión emocional al no obtenerse el resultado esperado. Una de las mujeres reportó esto dada la noticia de que el tratamiento había funcionado en un principio, ya que hubo embarazo, pero este fue anembriónico de modo que se le debía realizar un procedimiento: *“el doctor nos dijo -yo le puedo dar algo para que usted expulse eso porque si se espera para terminar expulsándolo naturalmente va a ser más traumante, pero yo prefiero por el tamaño y todo hacerle un legrado- y yo dije ¿cuándo? porque lo que uno más desea en ese momento es que le den fin a esto, ya no más ilusión no más todo (...) yo pensé que después o antes del legrado voy a estar descompuesta, muriéndome, llorando hasta más no poder pero igual serena, llegué serena, después del legrado serena, incluso cuando me pusieron la anestesia, nunca me habían hecho una cirugía, entonces sí me daba miedo”* -mujer 4.

Es importante reconocer, que tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, las mujeres reportaron sentir una tristeza profunda. En un primer panorama, cuando se recibió el diagnóstico: *“no voy a ser mamá de un hijo mío, no importa seguimos adelante, no hay que echarse a morir, tengo momentos, tengo picos donde lloro mucho (...) es rico llorar y soltar eso porque para mí el tragar y guardar es malo, entonces yo lloro y fue como dejar algo atrás”* -mujer 5. En un segundo panorama, durante las fases de tratamiento: *“me siento triste, yo sí me siento triste, yo trato de tapar toda esa tristeza con pensamientos positivos pero la tristeza está ahí, pero yo no puedo hundirme en la tristeza porque sino me voy a deprimir”* -mujer 5, también: *“emocionalmente sí me sentía más chineada necesitaba talvez llamar más la atención o que me pusieran más atención”* -mujer 4.

En un tercer panorama, para quienes el tratamiento no fue una opción, en este caso porque su pareja era quien tenía el diagnóstico y no hubo tratamiento efectivo: *“yo creo que el sentimiento de enojo, es un sentimiento que se lleva durante todo el proceso (...) el año*

pasado sí tuve como una situación emocional como muy fuerte, en donde un día yo le dije - yo necesito que me dejes llorar, yo necesito que me dejes gritar, o sea yo también tengo derecho a sentirme mal- (...) yo creo que hasta ahora estoy como viviendo eso como de poder llorar, poder decir me duele, de poder decir estoy molesta, verdad, porque durante muchos años no lo hice, para poder apoyarlo a él. Entonces, sí es difícil (...) ahorita estoy en un momento en que no me interesa nada, no me interesa mi trabajo, no me interesa él, no me interesa mi casa, no me interesa nada. Eso no quiere decir que no vaya a ir a mi trabajo, que vaya a dejar a mi esposo, yo no me voy a morir, ni me voy a matar, simple y sencillo ahorita estoy como en esa etapa de mi vida en que no quiero nada, pero nunca he tenido una depresión como de quererme morir. Sí, levantarme me cuesta muchísimo, quisiera dormir como 24/7 pero no es como, hoy me voy a quedar ahí, siempre me levanto, me baño y me voy” -mujer 2. De acuerdo con Moreno-Rosset (2009) “las mujeres informan de un mayor grado de tensión emocional frente a los hombres, ella es quien suele desarrollar posteriormente un mayor desajuste emocional, incluso en el caso de que el diagnóstico establecido sea masculino” (p. 30), lo cual es un reflejo de las exigencias de asumir más responsabilidades frente al diagnóstico aun cuando sea el hombre el que no puede tener hijos, situación que se expresa en el caso anterior, en donde ella reconoció no sentir el deseo de tener hijos, pero como su pareja sí quería, decidieron someterse a diversidad de tratamientos enfocados en él que era quien tenía el diagnóstico y ella al ser su soporte constante, reconoció cómo en determinado momento se vio en la necesidad de manifestar esa tensión emocional que por mucho tiempo calló, por querer mantenerse fuerte para su esposo, como tantas veces lo comentó.

En un cuarto panorama, en quienes sí se hicieron procedimientos pero fallaron en los primeros intentos: *“para mí el ojo del huracán fue agosto del 2012, inclusive tengo una foto ahí en la oficina que nos tomamos en la playa para mi cumpleaños, donde yo estoy realmente, esa foto yo la tengo ahí no la quito, porque en esa foto yo era realmente infeliz, en esa foto se nota la tristeza y no la quito porque para mí esos momentos tristes también son parte del proceso entonces no tengo porque sacarlos de mi vida”*-mujer 1, y: *“recibimos el resultado y eso fue muy triste (...) yo me acuerdo que fue como mucha tristeza, como una pérdida verdad, tal vez se siente uno como, ya uno tenía la ilusión que uno tenía que sentirse casi que embarazada, por ejemplo en mi caso es como muy triste verdad, como un momento de tristeza como uy ¿ahora qué? verdad, entonces yo creo que emociones es eso, tristeza y sí como así, como esa sensación como de pérdida, como muy fuerte, como un dolor”*-mujer 7.

Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer y Kraaimaat (2005) citados en Muñoz et. al (2009), respaldan los acontecimientos asociados a la experiencia de los primeros intentos fallidos al destacar que *“después del primer intento fallido el nivel de estrés de las mujeres se incrementa, pudiendo representar un factor de riesgo para la manifestación de un cuadro depresivo”* (p.100), y tal como las mujeres que pasaron por esto lo reportaron, se evidencia un aumento de las emociones negativas lo cual era un factor de riesgo para la posterior vulnerabilidad a la que se pudieron ver expuestas, tal como sucedió en un quinto panorama, en donde por más intentos realizados, el tratamiento no dio resultados: *“siento desilusión, no es enojo no es rabia es desilusión, enorme desilusión (...) me siento vacía, sola, es como una sensación como que algo te cae encima y que te quita como la fuerza, como la alegría, he perdido mi alegría y todo el mundo me lo ha dicho, la gente que me conoce de hace muchos años pues me ha dicho que he perdido la alegría, no es que soy amargada pero era más alegre y sonreía mucho y ahora no lo hago, cuesta mucho que lo haga, me amargo más*

fácilmente o me irrite más fácilmente (...) sí paso por crisis depresivas que controlo sola, de hecho hablé con él de la posibilidad de medicarme, no estoy jugando a la que todo lo puede, pero son como baches y lo logro manejar por ahora , creo que dentro de mis fortalezas está darme cuenta cuando puedo o no puedo manejar algo, en el momento en que estuve con un bache muy feo si manejé la posibilidad de medicarme , hasta le pedí al doctor que me diera una referencia al psiquiatra, pero yo dije yo tengo que salir de esta y tengo que levantarme, a veces yo le digo a él estoy deprimida, necesito salir , necesito despejarme, al punto de depresión del DSM no he llegado, excepto después de la pérdida” -mujer 6.

Cabe destacarse que “la OMS reconoce que la depresión tiene un riesgo del 20% al 25% de presentarse a lo largo de la vida de la mujer, prácticamente el doble que el riesgo de presentarse en el hombre, que oscila entre el 7% y el 12%” (Méndez, 2010, p.1). El posparto, “es quizás para la mujer la época de su vida con mayor riesgo de sufrir un trastorno afectivo” (Moreno y Roca, 2012, p.21). Según Cousineau y Domar (2007) y Lund et al. (2009) citados en Giménez (2012) existen estudios que demuestran que las emociones de ansiedad y depresión duran hasta 18 meses después del parto. Por su parte Miller (2002, citado en Moreno y Roca, 2012) considera que estos síndromes afectivos posparto “aumentan su incidencia significativamente en los primeros seis meses posteriores al parto, en comparación con otros períodos de la vida de la mujer” (p.26). De acuerdo con esto, es que surge un sexto panorama para quienes el tratamiento había sido exitoso, pero después del parto se volvieron a presentar complicaciones, tal es el caso de la mujer 3: *“sabíamos que algo estaba mal, y empezamos a sospechar que ella tenía alguna forma de depresión posparto, no sabíamos, el peligro del internet es que usted se inventa cualquier enfermedad o se disminuye cualquier enfermedad, entonces como hay niveles de depresión posparto. Cuando se volvió realmente*

difícil fue cuando ella empezó con cuadros de insomnio, empezó a dejar de dormir, y ahí fue que se volvió inmanejable”- hombre 3 en referencia a su esposa. O como ella misma lo recuerda: “algo que sí recuerdo, es que yo me decía: no piense esas cosas, y si me muero, duermo. Y yo se lo pude decir al él, porque, esa idea nunca en mi vida se me había pasado pero yo ya la estaba manejando”-mujer 3.

A ella se le confirmó el diagnóstico de depresión postparto al mes de nacida su hija. Ante esto, es importante recordar que “tras el alumbramiento se desencadena una cascada neuroendocrina que posibilita la lactancia, relacionada con la hormona prolactina” (Alfaro, 2005, p.12) y se da un importante descenso en los niveles de estrógenos, progesterona y de hormonas placentarias que habían aumentado durante el embarazo. En el caso de ella, esta disminución de hormonas y neurotransmisores fue lo que desencadenó su condición, sin dejar de lado el historial genético alusivo a trastornos del estado de ánimo en su familia. Además, días después volvió a pasar por una pérdida importante, la cual le generó más implicaciones emocionales de acuerdo con su esposo: *“la llevamos donde la psiquiatra, yo me quedé ahí como en la sala de espera, y ella recibió un golpe como a cien kilómetros por hora, porque ella le dijo -usted va a suspender lactancia- (...) tenía que sacarse leche y botarla, yo me acuerdo que ese ritual de sacarse leche y botarla para ella fue devastador, porque había luchado por su leche por mucho tiempo y le pedía al doctor -sáqueme esta leche porque yo no la puedo botar más-. Yo recuerdo que yo tenía que estar a la par de ella cada vez que se sacaba la leche, porque ella lloraba mientras se sacaba la leche y botaba la leche”-hombre 3 en referencia a su esposa. Ella misma reconoció las dificultades asociadas al desbalance químico que tenía: “yo quería dormir y no podía dormir (...) no podía dormir y eso me estresaba, son las dos o tres de la mañana, ¿por qué no puedo dormir? eso fue durante los*

primeros dos meses de tratamiento, mientras el cuerpo se está estabilizando (...) la psiquiatra nos habla primero de un periodo de tres meses, a los tres meses yo decía me siento súper bien woooo, yo decía aquí voy otra vez, súper mamá. Cuando llegamos a los tres meses, ella me dice que no puede quitar el medicamento a los tres meses, que me podía descompensar y me tira otra bomba: -su tratamiento dura dos años-” mujer 3.

La experiencia del embarazo, genera un impacto biopsicosocial en las mujeres, al respecto O'Neil (1993, citado en Molinero et. al, 2007) aporta que un aspecto fundamental es, si el embarazo fue o no planificado, influyendo esto sobre las expectativas hacia el proceso, comprobando que existe relación significativa entre el deseo del embarazo, con estados de felicidad en las madres. Asimismo, junto a los factores psicológicos sobresalen cambios a nivel conductual como los cambios en la conducta alimentaria, el sueño y la actividad sexual, considerados como normales en este proceso. Según Reyes (2011) en el caso de mujeres que han desarrollado cierto grado de depresión “sobresale un humor disfórico, anhedonia, pérdida del interés sexual, pérdida o aumento de peso importante, insomnio o hipersomnía, fatiga, sentimiento de inutilidad, problemas de concentración y en casos graves, preocupación con ideas suicidas” (p. 4). Aspectos variados que experimentaron las mujeres que quedaron embarazadas dando término al mismo, en distinto grado de intensidad y prolongación en el tiempo. Y finalmente en un sétimo panorama, para quienes un nuevo tratamiento estaba por venir producto de la estimulación hormonal: *“sí uno a veces sí siente como que uno anda más bravo o más sensible (...) hay momentos donde yo ando brava, chichosa, momentos donde yo ando nice y vacilón, por lo general soy muy con la gente, verdad de contacto y de abrazo hay días en que yo digo que rico me quiero quedar en pijamas o quiero estar como*

en ese momento, que usted dice deprimido que cierro que no me hable que no quiero ver a nadie, yo digo, a veces necesito hablar, necesito llorar” -mujer 7.

Respecto a la ansiedad se pudo evidenciar también su presencia según el curso del diagnóstico y su respectivo tratamiento. Como rasgos de personalidad que se hicieron evidentes durante las actividades de la vida diaria, previas al diagnóstico: *“quedé con secuelas de cuando se me dio el ataque de pánico corriendo, claro estaba siendo bombardeada hormonalmente y exigiéndome demasiado físicamente entonces, a pesar de que yo sé que fue un ataque de pánico que lamentablemente se dio en un momento de recreación deportiva, desde ahí yo no he querido volver a correr, es una realidad, no creo que vuelva a correr perdí completamente interés. Me asusté tanto, realmente me sentí tan mal y me asusté tanto, pasé dos horas en ataque de pánico, que no paraba, pase dos horas con taquicardia, entonces quede tan traumatizada que no me interesa volver a correr (...) a las 4am me despertaba todos los días y me despertaba acelerada, con el corazón palpitando, era horrible, yo decía esto tiene que ser alguna enfermedad, esto no puede ser mental, yo no podía creer que eso fuera mental (...) uno físicamente siente que está teniendo un infarto, así es como uno lo compara. Yo no quería ni salir sola, ni ir al gimnasio, yo no quería estar sola nunca porque yo pensaba que me iba a volver a dar un ataque de pánico” -mujer 1, de manera similar: “uno siente que se va a morir, usted siente que se le va a salir el corazón, se te baja la presión, es esa idea constante de me voy a morir, algo malo va a pasar, algo malo va a pasar”- mujer 2. Cabe destacar que, en el caso de estas dos mujeres, los rasgos de personalidad comentados por ellas mismas durante su presentación personal en la familia “Caracterización de la población”, se vieron potenciados una vez que tuvieron que enfrentar situaciones que pusieron al límite sus recursos cognitivos, emocionales y conductuales, tal*

como se plantea en este apartado al iniciarse en el mundo de la infertilidad. A diferencia de las otras mujeres, ellas tuvieron una forma distinta de sobrellevar y manifestar lo que era su carga psicológica de esta experiencia por la que pasaban, y fue así como ambas desencadenaron un trastorno de ansiedad que les imposibilitó muchas veces, sobrellevar sus actividades de la vida diaria.

Y una vez recibido el diagnóstico: *“yo me siento ansiosa en las mañanas, es terrible a mi todo me estresa. No duermo, me da mucha ansiedad no obtener respuestas rápidas, depende del nivel de ansiedad que tenga o cansancio, no sé qué será, no me puedo dormir, todo esto empezó después del diagnóstico”* -mujer 5. Y después del tratamiento: *“cuando fue el primer ultrasonido íbamos con un temor íbamos con un temor (...) el otro doctor se queda viendo y dice, ese es el corazón de su bebé. Su bebé está intacto. Claro para nosotros fue, así: pegue en el piso y vuelva a subir”* -mujer 3.

También durante la experiencia del embarazo en donde volvieron a resurgir los rasgos ansiosos: *“yo me sentía tan mal durante todo el embarazo, parte de los síntomas eran psicológicos, digamos obviamente en una crisis de ansiedad dan mareos horribles, yo me negaba a creer que yo me estaba provocando esos síntomas (...), cuando me ponía muy ansiosa, tenía que pararlo porque se me aceleraban las pulsaciones y eso podía desencadenar un ataque de pánico, a mí se me atrofiaban las manos, se me torcían, eso me asustaba, yo le preguntaba a la psicóloga y ella decía que es lo mismo, por un tema de que como uno se está hiperventilando, eran como manos poseídas diabólicas y emperezaba una comezón por el cuerpo, eran sensaciones físicas espantosas, todas a la vez y el corazón a mil por hora”* -mujer 1. Así como el caso tres: *“mi esposa empezó una fase de mucha ansiedad. Un bebé se empieza a sentir a los cuatro o cinco meses, porque es el momento en que se*

empieza a llenar el útero de la mamá. Y claro, entonces ella, de esa fecha hasta que sintió a la bebé, estamos hablando de tres meses más o menos, pasaba con una ansiedad terrible de no la siento, ¿estará bien?, ¿se habrá muerto?, entonces, cada vez que tocaba un ultrasonido había una gran ansiedad”-hombre 3 respecto a su esposa. Además: “había averiguado que no podía acostarme del lado izquierdo porque ahí pasa una vena muy importante, que le puede quitar la presión sanguínea al bebé, entonces no, solamente dormir de este otro lado, o dormir sentadita porque había leído que si uno duerme boca arriba, entonces el peso de la pancita presiona no sé qué cosas y puede hacer que el bebé no le llegue bien lo de la sangre (...) estaba muy bombardeada yo de información, entonces eso generaba mucha ansiedad (...) tenía ansiedad por escucharla, un monitor no era suficiente. No podía dormir. Tenía ansiedad por el peso, por que ganara peso, hasta le pedí a mi papá que pasara a comprarme una pesa. Tenía ansiedad por darle de mamar, no sabía si estaba comiendo bien, si yo le estaba dando bien de mamar, sobre cuanto debía de comer, sobre si sería suficiente (...) para mí el hecho de salir y darle de mamar a mi hija en la calle, o sea en el mall o en un lugar público me generaba mucha ansiedad, mucho estrés. Yo no disfrutaba salir, para mí era una tortura salir” -mujer 3.

También, como una evidencia más de esos rasgos de ansiedad se presentaron en algunas de ellas conductas de autoobservación que implicaban un monitoreo constante de sus reacciones corporales. En quienes estaban embarazadas: *“me pasaba monitoreando mis reacciones físicas, tenía ansiedad, terminé en un psiquiatra”-mujer 1, o: “empezando el embarazo, hubo unas semanas en las que yo cada vez que iba al baño yo me fijaba, yo orinaba y yo decía: Ay gracias a Dios no hay sangre. Y ¿cuántas veces uno no va a orinar al día?, para mí eso fue determinante”-mujer 3. Además, en otras circunstancias del mismo caso: “vean que*

interesante, el ultrasonido mide la forma del bebé y su corazón, pero está también el doppler que mide solo el latido del corazón. Mi esposa me mandó a conseguir un doppler. Como después de los dos meses, el doctor le hace a ella el ultrasonido cada dos meses, no cada quince días o cada mes como al principio, entonces ella en su fase de ansiedad me dice, yo ocupo oír al bebé. Unos amigos, porque el papá era ginecólogo y tenía un doppler logramos obtener uno, aunque no lo llegamos a usar, el doppler estuvo en la casa como una forma de mantener ese control constante, de estar oyendo el corazón de la nena”- hombre 3 en referencia a su esposa, lo cual ella reafirmó con aceptar que: “para mí no era suficiente, nunca era suficiente”-mujer 3.

Lo mismo sucedió, aunque en menor medida, en quienes no habían logrado dar término al embarazo, pero su preocupación evidenció también estas conductas, durante los cuidados posteriores al tratamiento: *“uno pasa del baño a la cama y está atento a cualquier pinchazo porque no le puede doler a uno nada, si tengo manchado o no, si es natural o no, entonces si es bastante estresante en ese sentido, no me quiero mover, no quiero respirar, con el In Vitro yo sí estuve con un manchado en el tiempo en que me hice las pruebas y la psicóloga del centro médico me decía que mientras fuera de cierto color no había ningún problema, pero siempre uno preocupado de si lo tengo o no, me sale mucho o poco” -mujer 4.*

De acuerdo con los aportes anteriores, cabe destacarse que las mujeres presentaron gran diversidad en la manifestación de las secuelas psicológicas producto del diagnóstico y el tratamiento. Según los planteamientos de Llavona (2008) no se podría afirmar en términos generalistas “que la mayor parte de las personas con problemas de infertilidad presenten alteraciones psicológicas (en sí mismas o en relación con las diversas intervenciones de Reproducción Asistida), pero parece constatar que una parte de ellos sí tiene problemas”

(p. 162). Al respecto, se pudo comprobar que todas las mujeres presentaron alteraciones emocionales como era de esperarse, pero no todas llegaron a desarrollar una condición más severa como un diagnóstico clínico de ansiedad o depresión, y en los casos en los que sí, se explicaron de antemano los antecedentes que podrían explicar dichas vivencias.

Todas ellas presentaron sentimientos de tristeza profunda pero no todos equivalían a una depresión, ya que los síntomas variaban en duración e intensidad; pero todas sí manifestaron sentir irritabilidad, culpa, sentimiento de pérdida, cambios en el humor y preocupación excesiva. La tristeza de los hombres a diferencia de la de las mujeres, se manifestó al desplazar sus sentimientos, aislarse y involucrarse en actividades sociales y ocupacionales en su mayoría. En lo que respecta a la ansiedad, según Nieves (2015) su prevalencia presenta, aproximadamente, una correlación de dos a uno, siendo más presente en las mujeres que en hombres, tal como sucedió también en esta investigación. Estos resultados se contrastan con lo que Muñoz, Forns, Kirchner, Peñarrubia y Balasch (2012) plantean al reconocer que “estudios de diferencia de género en cuanto al impacto psicológico de la infertilidad ponen de relieve que las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas que los hombres en ansiedad y depresión” (p.54), “así como mayor pérdida de autoestima que los hombres” (Muñoz, Kirchner, Forns, Peñarrubia y Balasch (2009, p.99).

Estos resultados, pudieron ser contrastados con la información proporcionada por las mujeres en los instrumentos que completaron como forma de triangular la información que brindaron a las investigadoras al momento de las entrevistas. Es importante reconocer sobre los instrumentos que, si bien estos fueron utilizados en la fase de recolección de datos para indagar la presencia o no de desajuste emocional en los sujetos de investigación ya fuera a través de la evidencia de rasgos ansiosos y/o depresivos así como del uso de estrategias de

afrontamiento como un recurso auxiliar a la entrevista, aspectos que permitían conocer de manera más específica el impacto emocional reportado por las y los participantes durante la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, ya fuera en uno de ellos o ellas o en sus respectivas parejas, no se utilizaron sus resultados de forma individual para cada participante, ni mucho menos los valores cuantitativos para fines diagnósticos pero sí sirvieron para corroborar que esta experiencia sí tuvo implicaciones emocionales serias en la vida de estas mujeres y de sus parejas.

Categoría C: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la afectividad

Esta tercera categoría teórica corresponde al aumento o disminución en la calidad y/o cantidad de las muestras de afecto, tras la experiencia del diagnóstico y tratamiento en la pareja.

➤ Población Pareja:

Moreno-Rosset (2009) plantea que emociones como “la frustración, impotencia, pena, ira, culpa que van apareciendo a medida que transcurre el tiempo, son repercusiones emocionales derivadas de los problemas de fertilidad” (p.21). Estas y otras emociones, experimentadas de manera intermitente o en ocasiones de forma permanente antes, durante y después de los tratamientos de reproducción asistida, generan ciertas pautas de convivencia en la pareja que ponen en juego la afectividad de la misma.

Tal y como se aclaró al inicio de los resultados, el impacto que se generó en la afectividad de la pareja a raíz del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, es un tema que se aborda hasta esta población por la naturaleza de la información reportada por los sujetos de investigación.

Las parejas entrevistadas, hicieron referencia a temas alusivos a su afectividad en las distintas etapas del procedimiento al que se sometieron. Una de ellas, destacó el cambio evidente de su pareja en el antes y después de haberse sometido al tratamiento, situación que en este caso correspondía a alteraciones fisiológicas que tenía él dada una deficiencia hormonal: *“él toda la vida ha sido como muy cariñoso y de estar dándome besos y todo y desde eso, desde que tenía la testosterona muy baja no. Él me decía, sí yo me siento totalmente diferente a partir de la inyección (...) sin la testosterona éramos como desconocidos, ya no me daba la mano, ni me abrazaba ni nada y él me decía es algo físico, no es que yo no la ame pero a mí ni siquiera me dan ganas ni de darte la mano”* -mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja. La incapacidad biológica de su cuerpo, de abastecerse de la cantidad necesaria de sustancias químicas y hormonas para que fuera funcional terminó generando en él un aplanamiento afectivo que afectaba a ambos, ya que no estaba teniendo la capacidad de corresponder a su esposa en ningún plano, especialmente en el emocional.

La falta de compañerismo y empatía de parte de la pareja, también lo observó otro de los casos: *“yo quería que me dijeran qué posibilidades reales tenía, fui a la cita donde un doctor en un hospital privado, de hecho quien me acompañó fue mi hermana gemela, mi esposo no me acompañó él me dijo vaya si quiere pero no me apoyó en nada, la actitud que él tuvo de hecho tuvimos muchos problemas por eso porque yo sí le saqué en cara que él no me había apoyado como yo quería”* -mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja. Esto sucedió al principio de la experiencia de esta mujer, pero fue una actitud que reportó presentarse de manera continua a lo largo de los procedimientos, por ejemplo una vez que tuvo la noticia del cese de su embarazo, luego de haberse realizado una FIV en Panamá comentó: *“en ese momento todo me sensibilizaba, todo lo que se les pueda ocurrir, ver familias, navidad,*

vacaciones, para mí era difícil, muy difícil, en esos tiempos cuando estábamos en caos oscuros él decía que no creía en la depresión, que él no creía en esto, que él no creía en lo otro” - mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja. Esta vez, aun habiendo pasado por las etapas más duras, su esposo no fue para ella un apoyo, al contrario sentía de parte de él un obstáculo para poder sobrellevar estos momentos difíciles de la mejor manera.

Nieves (2015) apunta a que diversas investigaciones resaltan cuadros alentadores para las parejas que han sido diagnosticadas con infertilidad al considerar que el diagnóstico “aumenta la unión, el amor, el apoyo en la pareja y además supone una experiencia de crecimiento personal para ambos conyugues” (p.20). Sin embargo, hay que considerar el papel de factores previos al diagnóstico como la calidad de la relación de pareja y el adecuado ajuste marital, ya que según esta autora son los que podrían explicar el mantenimiento y fortalecimiento de la relación tras la aparición de esa inesperada noticia. En relación con lo anterior, una de las parejas al preguntárseles si su diagnóstico influyó negativamente en su afectividad, compartieron: *“no, no más bien esto nos ha venido a fortalecer más, muchísimo, esto más bien nos ha unido mucho y casi que yo cuando salgo con mi esposa o compartimos es como si estuviera con mi novia, tanto en la afectividad todo o sea es muy muy, me siento muy bien con ella en ese sentido”-pareja 5.* Esto fue reportado también por otras parejas, quienes se sentían orgullosas de que a pesar de haber pasado por cosas muy difíciles, su matrimonio seguía íntegro o al menos no había colapsado en una separación o un divorcio, como se amplió en la categoría de “Reflexiones de la experiencia”, por lo tanto en estos, se podría argumentar que sí hubo influencia pero con un impacto positivo.

Categoría D: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la comunicación

Esta cuarta categoría teórica corresponde al aumento o disminución en la calidad y/o cantidad de la comunicación tras la experiencia del diagnóstico y tratamiento en la pareja.

➤ *Población Pareja:*

Diversos estudios sobre infertilidad, han destacado que

Las parejas que buscan activamente formas de resolver los problemas presentan menores tasas de depresión que aquellas que tratan de escapar o evitar el estrés. Las estrategias centradas en la valoración positiva del problema y orientadas a su solución se relacionan con un buen ajuste psicológico. Por el contrario, culparse a uno mismo o a la pareja, evadirse o negar los problemas se relaciona con un incremento del malestar psicológico y de angustia (Muñoz, Forns, Kirchner, Peñarrubia y Balasch, 2012, p.54).

Reconocer la existencia de problemas o diferencias en la pareja y buscar resolverlos, está mediado por la práctica de la comunicación. La manera en que la pareja se comunique va a determinar el impacto de situaciones externas a ellos y las estrategias que encuentren para resolver esas situaciones les van a permitir fortalecer el vínculo si se hace de manera que favorezca a ambos, por lo que en la medida en que los dos miembros se sientan escuchados y comprendidos, el curso de la situación que enfrenten podría ser más favorable. La comunicación de la pareja una vez recibido el diagnóstico y realizados los tratamientos, fue otro de los aspectos analizados hasta esta población, dada la naturaleza de los argumentos de las y los participantes como en el caso de la afectividad. Las prácticas comunicativas fueron

vistas por las parejas como una forma de apoyo al poder sentirse en la libertad de desahogar las emociones que estaban experimentando: *“vieras que sí hablábamos mucho”*-pareja 3, así como: *“nos desahogamos juntos, hablamos juntos y nos terapiamos si así se llama”*-pareja 5, de manera similar: *“yo creo que lo principal es nosotros dos contarnos las cosas o decirnos lo que sentimos”*-pareja 7.

Al respecto, la mayoría destacó que una vez inmersos en el mundo de los tratamientos, no sintieron que la esencia de su vinculación y comunicación se vieran modificados radicalmente: *“hombre: así como que cambiáramos o que fuéramos otras personas, pues ya había que estar consciente de lo que uno estaba haciendo o tratando de hacer, pero que cambiáramos o nos volviéramos otras personas no. Mujer: más bien hablábamos más, yo siempre le preguntaba cosas, que qué le parecía, con cada tratamiento ¿te parece?, ¿lo hacemos o no lo hacemos? ¿Estás dispuesto o no? Entonces siempre hemos hablado al respecto”*- pareja 4. Generalmente, las parejas que mantenían una buena comunicación entre sí, tenían rasgos previos en común como que ambos estuvieron de acuerdo con realizarse la TRA, y una vez iniciados los tratamientos el hombre estuvo muy involucrado en el cuidado y consideraciones específicas del tratamiento de sus esposas, además su afectividad no se vio tan lastimada, ya que encontraron las estrategias individuales y colectivas más adecuadas para hacer frente de la mejor manera a su situación.

En el caso de las parejas que desde el principio tuvieron roces en cuanto a la no aceptación del diagnóstico, al poco convencimiento de realizarse un procedimiento de RMA y al involucramiento pasivo en las valoraciones e intervenciones médicas, la comunicación parece haberse visto más afectada: *“mi relación con mi esposo ahorita está estable, no muy bien pero estable, osea perfecta maravillosa no, está estable, podemos hablar de ciertas*

cosas, hay ciertos temas que todavía no” -mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja. Tal y como se evidenció en este caso y lo respalda Moreno-Rosset (2009) el autoconcepto de la pareja también puede verse afectado y en la medida que pasan los meses y no se consigue el embarazo deseado, las parejas se inquietan y angustian de manera progresiva, en ella se disminuye la sensación de seguridad, y equilibrio emocional personal y de pareja se ven muy perjudicados.

❖ **Familia 3: Impacto en el Autoconcepto**

El concepto individual de sí mismo no es sólo un proceso interno, sino también social, por esa razón, las personas con condiciones crónicas como es la infertilidad, al encontrarse en una sociedad que a menudo vincula estigmas y prejuicios con aquellos aspectos que cuestionan la salud, experimentan un importante impacto negativo en su autoconcepto “el grado de afectación de la imagen personal, estará mediada en función de los mitos, tabúes y estereotipos, tanto socioculturales como personales que tenga del individuo” (Valladolid, 2012, p.11).

Sobre esto, la literatura específica sobre las implicaciones de la infertilidad ha indicado que existen evidencias de procesos de devaluación del autoconcepto en relación a esta condición, lo que, está estrechamente relacionado con las influencias sociohistóricas que han señalado la capacidad de procreación como un referente de feminidad, de masculinidad o de virilidad. Llavona (2008) señala que para las personas, el enfrentarse a la incapacidad o la dificultad para tener hijos de forma natural, cuestiona su identidad personal, y este tipo de cuestionamientos pueden desencadenar sentimientos de inferioridad, indicadores de baja confianza en sí mismos, valoración de sí mismos como incompletos o con algún defecto,

valoración de sí mismos como poco atractivos y dignos de consideración por los otros y cuestionamientos sobre la capacidad para desenvolverse como padres y como pareja, entre otros. Al respecto, conviene aclarar que en definitiva estas emociones y cogniciones y sus potenciales consecuencias psicobiográficas dependerán como lo indican Dyer, Abrahoms, Mokoena, Lombord y van de Spuy (2005) citado en Llavona (2008) exclusivamente del conjunto de creencias y valores individuales y las creencias y valores imperantes en las diversas sociedades, de tal modo que en las sociedades en las que la demanda de paternidad y maternidad es alta, como en el caso de las sociedades latinoamericanas y específicamente el caso de Costa Rica, el no tener hijos podría acarrear importantes implicaciones en el concepto personal y en la autopercepción como un ser humano realizado según los estándares sociales.

Tomando en cuenta lo anterior, la presente familia teórica nombrada por las investigadoras “Impacto en el Autoconcepto” comprende todo lo referido por las y los participantes con relación a los cambios en el concepto que tienen de sí mismos a partir del diagnóstico de infertilidad y/o tras haber recibido tratamientos de reproducción asistida, así como el impacto en la percepción de éxito y realización personal que manifestaron en relación a haber logrado o no la maternidad y paternidad. A modo de plasmar el contenido de forma más clara, esta familia teórica será subdividida en las siguientes categorías teóricas: Autoconcepto posterior al diagnóstico, Impacto por la transformación del cuerpo y Percepción de éxito y realización personal asociados a la maternidad y paternidad.

Categoría A: Autoconcepto posterior al diagnóstico

La primera categoría teórica de esta familia, contempla todos aquellos aspectos que describen el impacto y la consecuente modificación en la percepción que tienen de sí mismos los hombres y las mujeres, desde el momento en que identifican que no pueden: concebir naturalmente, lograr un embarazo a término o a partir de que se les diagnostica la condición de infertilidad por parte de un o una especialista.

➤ *Población Hombre:*

Existen múltiples aspectos del diagnóstico de infertilidad que según la experiencia expresada por la población de hombres de este estudio, ponen en riesgo aspectos de su masculinidad. Para empezar, cuando el origen del diagnóstico de infertilidad es debido a un factor exclusivamente masculino, se manifestó que existe una mayor dificultad para hacer un manejo público de parte del hombre de su propio diagnóstico, manifestados mediante sentimientos de desvalorización personal asociados a un cuestionamiento de sus propias capacidades, principalmente cuando el manejo o aceptación de esta condición debe ser discutida con o frente a otros hombres: *“Investigadora pregunta: ¿cuál fue la reacción de ustedes ante esa primera visita al urólogo y resultado del primer espermograma, que les confirmó que era necesario visitar un especialista en infertilidad?. Mujer: -dijó difícil, yo creo que para el hombre es muy muy difícil porque tocan como esa parte de la masculinidad-*“, sumado a: *“mi esposo es sumamente reservado, en el trabajo de él nadie lo sabe y para él sí ha sido muy difícil porque donde él trabaja, son solo hombres no hay mujeres, entonces obviamente él jamás comentarlo con hombres, porque sería como darse por menos”* –mujer 2 en relación a su esposo no entrevistado.

Podría suponerse que esto tiene relación con la posibilidad de que se perciba su infertilidad como un trastorno o incapacidad de origen sexual, sobre esto, Basu (2008) indica que la infertilidad masculina se asocia frecuentemente como consecuencia de una disfunción sexual y se asocia con un nivel más alto de estigma que en la infertilidad de factor exclusivamente femenino; además anota que frecuente se asume que los hombres infértiles no tienen un buen desempeño sexual, estigma que evidentemente aumenta la inseguridad en los hombres infértiles “tradicionalmente se ha relacionado la capacidad fecundante del varón con su «potencia» sexual, con su virilidad, llegando a confundir estos dos términos, y equiparando incluso su calidad espermática con la «calidad personal», es decir, con su propia autoestima...” (Giménez, 2012, p.3).

Partiendo de lo anterior, en los resultados se evidenció que en la pareja entrevistada, en donde fue el compañero quien recibió el diagnóstico de infertilidad, este manifestó sentirse inadecuado e inútil, quedando alterado su autoconcepto: “*cuando mi hermano dejó embarazada a la novia, sí hubo una época en la que mi esposo se enojó, decía que ¿cómo era posible? que mi hermano con dieciseis años sí pudiera tener un hijo, que entonces él no servía para nada*” -mujer 2 en relación a su esposo no entrevistado.

Sobre esta misma línea, este mismo caso aportó a su vez, otro dato importante sobre los alcances de la afectación del autoconcepto, al hacer referencia sobre la existencia de una marcada angustia de parte del hombre diagnosticado, ante la posibilidad de que su condición motive a que su pareja lo abandone en el futuro. Al respecto de situaciones como estas, se sabe que en los hombres infértiles se presentan “sentimientos de inadecuación que podrían llevar al desapego en el matrimonio por la vergüenza, la ira, el aislamiento, el sentimiento de

fracaso personal, disminución de la autoestima, y la pérdida de la libido” (Basu, 2008, p. 142).

Otro aspecto que resaltó sobre la afectación del autoconcepto, fue que los hombres estudiados, en su mayoría percibieron como retador y desafiante el proceso de realizarse los exámenes clínicos para comprobar la causa del problema de fertilidad en la pareja, posiblemente ante la angustia de tener que enfrentar su propia infertilidad, tal como se evidencia: *“algo que no dijo mi esposa, que es importante, es que ella se hizo exámenes para saber si ella era fértil o no, pero yo no, yo no sé si al yo hacerme los exámenes y la respuesta sea que no sea fértil yo, o sea no sé si yo estaré capacitado para asimilar eso, ¿me entiende? eso es una duda que yo tengo bastante fuerte y hay que estar muy bien psicológicamente, o sea ya ella lo sabe y pienso que sería más fuerte para mi saber una respuesta negativa en ese sentido (...) siento que ahorita, como estamos ahorita tengo cierto relax por así decirlo porque ya ella se hizo los exámenes y ella sabe la situación de ella, entonces di ante la sociedad si la pareja de nosotros no podemos tener hijos es por ella y ella lo sabe; pero si fuera al contrario, creo que sería un golpe muy muy duro para mi verdad, que ella pueda y yo no, yo eso sí no lo podría asimilar y manejarlo públicamente eso sería más”*-hombre 5.

Sobre este punto, se reportó ser menos angustiante para una parte de estos hombres alguno de estos escenarios: el saber que el origen de la infertilidad es un factor exclusivamente femenino, el que se manejara como tal públicamente o al menos el que no se develara cuál de los dos miembros de la pareja es el diagnosticado, para no tener que enfrentar el temido cuestionamiento social.

Otros aspecto importante de destacar, es que a pesar de que a nivel afectivo, en varios de los casos, ambos miembros decidiera asumir públicamente el diagnóstico como un asunto en y

de la pareja, la mayoría de hombres de la muestra, sintieron la necesidad de dejar en claro durante las entrevistas que su conteo o calidad espermática era óptimo o superior, lo que da un buen ejemplo del alcance de afectación sobre el autoconcepto que puede llegar a tener un diagnóstico que arriesgue o ponga en duda su masculinidad: *“bueno, habiendo dicho que en mi caso, mi espermograma resultó ser muy positivo. El doctor nos decía -en el caso suyo, usted ha aportado un buen esperma, por eso vamos a concentrarnos en ella-”* -hombre 3.

➤ *Población Mujer:*

Se encontraron evidencias claras del impacto negativo y posterior modificación sobre la percepción que tienen de sí mismas las mujeres entrevistadas para esta investigación. En algunos de los casos, ese impacto estuvo evidenciado en procesos de devaluación de su autoconcepto en relación a percibir que la condición de infertilidad las hace sujetas de alguna discapacidad orgánica, lo cual cuestiona su identidad personal dadas las importantes influencias sociohistóricas que han señalado la fertilidad como un referente de salud y consecuentemente de valía. Al respecto, Moreno-Rosset (2009) explica que existen múltiples evidencias en la historia, de que la mujer con infertilidad ha sido considerada como una deshonra para las familias y para ella misma, ya que se le ha concebido inferior a las mujeres fértiles, incluso la incapacidad para concebir naturalmente se ha asociado con explicaciones míticas que la relacionan con maldiciones divinas. Por su parte Garay (2008) agrega que todo lo que le impida a la mujer no coincidir con esa imagen “idealizada” socioculturalmente, es catalogado de anormal y la podría hacer sentir inadecuada y/o culpable. Al respecto, se encontraron resultados en los discursos de algunas de las mujeres entrevistadas sobre el impacto que tuvo en su autoconcepto como “personas saludables”, el considerar que pese a no tener sintomatología asociada, la confirmación del diagnóstico de infertilidad les

evidenció que biológicamente algo no funcionaba de la forma que se creía, es decir, hubo una modificación abrupta en su percepción personal respecto a su salud: *“ya después el doctor me vio y todos los resultados y salió que tengo toodo lo que él dijo que podía ser: incompatibilidad genética, trombofilias, recesión de un gen, anticuerpos tiroideos por las nubes, hormona tiroidea alterada, o sea todas las posibilidades que él me dijo todas salieron positivas, entonces fue durísimo, otra llorada y entonces le dije no -doctor ¿sabe qué? no me quiero hacer más nada-”*- mujer 4. También se puede analizar en: *“a mí me hacen un examen de ultrasonido y mis óvulos no se ven son diminutos son como de tres milímetros algo así fue la última vez, en los otros ultrasonidos hubo un tiempo que se veían, pero se fueron encogiendo como pasitas (...) entonces mis óvulos están secos están arrugados como una pasa”* –mujer 5.

Sumado a esto, se evidenció en uno de los casos, que además esta condición puede desencadenar sentimientos de humillación al tener que reconocer públicamente la disfunción orgánica: *“cuando sabíamos que estábamos embarazados esa primera vez, coincidía con una reunión familiar y entonces diay yo cuento (...) y a las pocas semanas saber que no hay bebé, que todo se paró en algún momento de la concepción y comentar eso y dar la noticia para mí fue humillante, porque diay no sé, porque por lo menos en mi familia yo nunca había escuchado que le pasara a alguien más, ese caso de tener un embrión vacío. Entonces para mí fue humillante porque fue reconocer ante mi familia, diay que no. No sé por qué pero sí era humillante (...) no sé quizás es humillante porque uno cree que tiene la obligación de concebir, pienso yo que es eso. Y como en mi familia todos son cuilos, verdad era, no sé. Yo creo que quizás era como admitir que había algo mal conmigo (...) uno se siente que, uno no funciona bien biológicamente (...) uno siente, ¿cuál es esa palabra? uno siente, este no*

es remordimiento, se siente apenado”- mujer 3. Asimismo, según lo analizado para este trabajo, lo anteriormente expuesto puede verse agravado por la percepción de ser sujeto de lástima de parte de las otras personas debido a la incapacidad de tener hijos: “mi sentimiento es no quiero que me tengan lástima, yo estoy bien estoy hecha leña me duele todo me duele el corazón pero yo no quiero que la gente me vea con cara de -ayyyy acaba de perder un bebé, cómo lo siento-” –mujer 4.

De igual forma, se observó que los resultados de esta investigación reflejaron que esa modificación de la forma en la que las mujeres perciben el funcionamiento de su cuerpo, también se ve aumentada por la preocupación implícita de que su cuerpo no solo tiene una disminución en su capacidad fértil, sino que además es visto como un ambiente hostil para la procreación. Como lo plantea Riquelme (2006) si se parte de que las concepciones ideológicas han considerado al cuerpo como principal aglutinador de las experiencias biológicas, psicológicas y sociales que contribuyen fundamentalmente en la identidad de las personas, en particular de la identidad femenina y que su vez la vinculan directamente con la reproducción, se puede entender con claridad la forma en que se ha creado una imagen socialmente idealizada de la mujer, como aquella que concibe, gesta, pare y amamanta, es decir que cumple con todas las funciones fisiológicas esperadas de su sexo (Garay, 2008). Por lo tanto, las investigadoras consideran que dentro del esquema sociocultural antes mencionado, cualquier cuestionamiento sobre la capacidad orgánica que hayan percibido las participantes tuvo impactos en su autoconcepto, en tanto desencadenó en algunas de ellas, sentimientos de inadecuación e interrogantes personales sobre la capacidad para desenvolverse como individuo y como pareja: “*porque eso de que mataba los espermatozoides, es por... ¿cómo fue la explicación? No sé si era también por el pH, o un*

factor, o sea ya mi útero no era un buen ambiente para recibir espermatozoides, porque el doctor nos decía -es que los ve como enemigos, entonces espermatozoide que entre, él va a querer matarlo-” mujer 3. Sobre este ejemplo resalta que la preocupación que este tipo de eventos puede tener y se ve confirmado desde las dos perspectivas de la pareja: *“yo tengo muy presente esa prueba porque, la prueba de ovulación de farmacia, yo me recuerdo perfectamente que hicimos una evaluación casera y salió negativa, la hicimos varias veces, dos o tres veces. Mi esposa se puso muy ansiosa de que esa prueba le saliera negativa”*- hombre 3 en relación a su esposa.

Por otra parte, la literatura advierte sobre lo frecuente que resulta que algunas mujeres con problemas reproductivos se sientan humilladas, inadecuadas, ofendidas y hasta culpables por su diagnóstico cuando se comparan con sus pares no diagnosticadas (Tubert, 1999 citado en Moreno y Roca, 2012). Al respecto se puede argumentar que existe la posibilidad de que la condición de infertilidad las coloca por primera vez en sus vidas en una posición de sentirse diferentes a las demás mujeres tal y como se observó en al menos tres de las entrevistadas en donde existieron cuestionamientos importantes, sobre todo dirigidos a pensamientos de inadecuación *“cuando una mujer descubre que es incapaz de tener un hijo, suele caer en una gran desesperación y lo siente como una injusticia ¿por qué yo?”* (Northrup, 2007, citado en Moreno-Rosset, 2010, p. 18). Evidencias de esto, se encontraron en citas como: *“hay algo malo conmigo, bueno biológicamente no estoy como están todas las mujeres, entonces la confianza de uno se ve afectada”*-mujer 3. En la misma idea, según se pudo observar en varias de las entrevistadas, este tipo de comparaciones tuvo un importante alcance al llegar a impactar indirectamente otras áreas de su vida, como por ejemplo sus creencias espirituales-religiosas: *“yo digo -¿cómo puede ser Señor?, ¿cómo eso lo permitiste y a mí no?-, o sea yo*

lo decía así sin asco, ¿cómo lo permites y a mí no?, o sea ¿qué tienen ellas que no tenga yo?, ¿qué viste en mi mal que en ellas no?, verdad y uno lo dice sin asco y no es que no lo siga pensando es que uno aprende a aceptarlo”-mujer 6.

Asimismo existió evidencia de otro tipo de autorreflexiones desadaptativas presentadas por las participantes en relación a la necesidad de compararse con otras mujeres no diagnosticadas, en función de la culpa que experimentaron tras el diagnóstico de infertilidad: *“yo le decía a mi esposo, yo a veces le decía cosas como [la participante pausa las palabras y baja la voz] -di búscate otra- o cosas así como diciéndole [la participante llora], yo sí le decía, -di sino te vas con otra que pueda tener un bebé, yo no puedo-”-mujer 7.* La misma idea se hizo evidente en: *“como bueno diciendo, si la del problema soy yo, verdad que sea papá con alguien más. Me río ahora, porque es tontera pensar eso, pero uno sí lo piensa. Él sí puede llegar a ser papá con otra mujer, entonces yo hasta lo pensé, lo pensé de las dos formas, estando conmigo o sin mí, pero yo no me permití seguir pensando más en eso, o sea ni siquiera nunca se lo verbalicé a él, lo pensé un par de veces si acaso”- mujer 3.*

Siguiendo la misma línea de ideas, cabe rescatar que la mujer 2, cuyo caso fue el único en donde el diagnóstico de infertilidad provenía de su pareja, esta manifestó secuelas sobre su imagen personal que de alguna manera desencadenaron indicadores de baja confianza en sí misma, relativo a una valoración de sí como poco atractiva: *“la doctora me decía, vos podrías ser la mujer más guapa y salirle chinga, que él sin testosterona nada”-mujer 2.*

Categoría B: Impacto por la transformación del cuerpo

Esta categoría teórica abarca el conjunto de descripciones que hacen las mujeres del proceso de adaptación emocional relacionado a los cambios que sufre el propio cuerpo o el de su pareja a causa un tratamiento de reproducción asistida o el consecuente embarazo.

➤ *Población Hombre:*

Debido a las características diagnósticas de la población entrevistada para esta investigación, los hombres entrevistados únicamente se sometieron a algunas pruebas diagnósticas no invasivas y no recibieron directamente tratamientos que tuvieran un impacto en su cuerpo. Por tanto, en los resultados de este trabajo, no hay evidencia de percepción de impacto alguno derivado de la transformación de sus cuerpos, relativo a la experiencia de infertilidad.

➤ *Población Mujer:*

Sobre el impacto emocional debido a los procesos de transformación que recibe el cuerpo a raíz específicamente de la fase de tratamientos, se encontraron resultados congruentes con la teoría, en al menos uno de los casos, relacionados al aumento de peso como consecuencia de los medicamentos, lo cual concuerda con lo investigado por Leibowitz y Hoffman (2000): *“siempre la terapia hormonal tiene cambios físicos inmensos, lo del peso es algo, es un cambio físico evidente que todo lo mundo nota (...) por lo menos para mí la cuestión del peso es algo que a mí me provoca muchísima ansiedad y una serie de cosas”*-mujer 2.

Por otra parte, tal y como se especificó en la familia “Percepciones de la condición de infertilidad” para efectos de esta investigación se considera el embarazo y el postparto como parte del proceso integral de un tratamiento por infertilidad, por esta razón, en esta categoría

conviene especificar algunos de los elementos que durante esos periodos marcaron particularmente los procesos identitarios de algunas de las mujeres entrevistadas, con relación a su apariencia física. De esta manera, según los resultados de las entrevistas, el impacto que tuvieron estos procesos en el autoconcepto de algunas de las participantes, se vio directamente relacionado con lo que en palabras de Toll (2004) se explica a partir de que las personas muchas veces encuentran que las emociones que llegan a experimentar durante la gestación no se ajustan a la visión idealizada del embarazo a la que en muchas ocasiones se han visto expuestas desde la infancia por socialización, recordando además que frecuentemente para las mujeres entrevistadas la sola necesidad emocional de experimentar un proceso de embarazo fue uno de los motores de impulso para realizarse los tratamientos. Por tanto, durante el proceso de embarazo las mujeres participantes y sus parejas muchas veces debieron de atravesar diferentes etapas de adaptación, que iban desde el lograr asimilar la realidad de consecución del embarazo deseado, hasta los cuestionamientos que surgen frente a la alteración percibida como negativa de su imagen corporal: *“tras de que me costó quedar embarazada, tuve un embarazo donde no me podía mover, todo me dolía, me sentía mal, tuve náuseas, parecía un mamut embarazado, pasaba con mareos, me sentía físicamente mal. Nacen los bebés prematuros, pasan internados”*-mujer 1. Este tipo de reflexiones muchas veces estaban dirigidas específicamente a los cambios en su imagen que estaban experimentando, lo cual no era coincidente con las expectativas que tenían de un proceso por el que se había sacrificado mucho: *“conforme avanzó el embarazo, yo no me podía ni mover, parecía una ballena embarazada. Era algo terrible, de pesar sesenta y seis kilos, llegué a pesar ochenta y siete(...) cuando la gente me veía, hacía -jushhh!-, ni siquiera fui una embarazada linda. Yo caminaba por la calle y la expresión de la gente era -juuuuy!-, porque era una panza anormal (...) y fue terrible, porque yo con tres meses aún parecía embarazada,*

porque todavía tuve el bump como hasta los siete meses. A los tres meses yo usaba todavía ropa de maternal, porque se me veía la pancita. Fue terrible yo ahí metida en el baño sacándome leche, fue súper duro”- mujer 1. Asimismo, resultó muy llamativo que las percepciones que manifestaron las mujeres sobre el impacto que tuvieron los cambios sufridos en sus cuerpos no solo fueron a nivel personal sino también fueron captadas por la pareja: “algo que golpeó mucho a mi esposa, fue que cuando ella en la semana postparto se le hicieron aquellas piernas como de elefante, eso la golpeó anímicamente muchísimo recuerdo, porque ella lo único que podía ponerse eran mis chancletas. No le cabía nada, y eso la desanimó yo recuerdo, enormemente y otro montón de cosas”-hombre 3 en relación a su esposa.

Categoría C: Percepción de éxito personal y realización personal asociados a la maternidad y paternidad

El presente apartado, contempla el conjunto de cogniciones y emociones que los hombres y las asocian con la percepción de sí mismos como personas exitosas o realizadas en su proyecto de vida, dependiendo específicamente de haber o no concretado la paternidad y maternidad.

➤ Población Hombre:

En un importante contraste con lo encontrado en los resultados de la población femenina de esta investigación, la mayoría de los hombres entrevistados no reconocieron una afectación en la forma en que perciben el éxito de su proyecto de vida, es decir, no admitieron emociones o cogniciones relacionadas con sentirse menos realizados en su proyecto de vida, que estuvieran directamente relacionadas con la incapacidad de ser padres, ni como parte de su

discurso de historia del diagnóstico y tratamiento, ni ante la pregunta directa de las investigadoras. El resultado anterior podría tener relación con las estrategias de evitación de emociones, frecuentemente utilizadas por los hombres, tal como se ha indicado en este mismo trabajo en el apartado que describe las estrategias de afrontamiento: *“pero no es como que me haya sentido como que si no hubiera sido papá no hubiera sido pleno (...) no creo que el ser papá me hiciera sentir graduado como hombre, no vieras que no, quería ser papá, pero no a ese nivel de que pensaba de que si no hubiera podido, habría sido menos que otras personas”*-hombre 1.

Lo anteriormente expuesto, fue principalmente evidente en la historia de aquellos hombres en los que la paternidad no formó parte de su plan de vida anterior al diagnóstico, por lo que la incapacidad para cumplir esa meta reciente de pareja, no parece reportarles mayor impacto a sobre su percepción de éxito y realización personal: *“no yo no, para mí no es requisito, es una condición, bueno pasé mucho tiempo pensando en que no iba a ser padre, el feeling nunca lo tuve, como de que me voy a casar y voy a ser papá, entonces no, no es requisito para ser hombre, ni tampoco para ser mujer hay que ser mamá”* -hombre 4.

En estos casos se evidenció el uso de estrategias de reestructuración cognitiva referidas a los aspectos positivos que el no tener hijos les pueden aportar en términos de cargas económicas, mayores facilidades para su crecimiento educativo-profesional y hasta incluso como una forma de asegurar la atención total de su pareja hacia su persona: *“no hay que invertir tanto dinero digamos en mantener un hijo, en tanto gasto y tanto compromiso en dinero, en tiempo y en afectación y estar uno más limitado en el tiempo pienso yo que esa es la parte buena que hemos tenido o que yo he analizado de no tener hijos, y me permite estar más tiempo con*

mi esposa, compartir más con ella como esposos y como yo le digo ustedes, es mi luna de miel eterna” -hombre 5.

En contraposición a lo que la mayoría de hombres expresaron, uno de los entrevistados quien ya había conseguido la paternidad, señaló en que retrospectiva definitivamente el no haber podido completar su deseo de ser padre, probablemente le habría dejado una sensación de vacío y no se habría sentido realizado en su proyecto de vida, haciendo la importante salvedad de que no necesariamente esa imposibilidad lo hubiera hecho un persona menos feliz, pero sí incompleta: *“sí yo creo que sí, posiblemente hubiera tenido ese huequito, hueco-te, no sé qué tan grande. Yo diría sí, definitivamente, la plenitud en mi caso, pasaría por ser papá. No ser infeliz necesariamente. Yo me hubiera sentido incompleto que me faltaba algo y creo que en ese momento estaba apenas dimensionando el problema” -hombre 3.*

➤ *Población Mujer:*

Como lo indica Tubert (2010) a pesar de que se han producido cambios y avances importantes en la situación familiar, laboral, política y social de las mujeres y en las relaciones entre los sexos como respuesta a modificaciones sociales referentes a las representaciones de la mujer y de la feminidad, persisten aún modelos e ideales que inciden negativamente en la vida de las mujeres sobre todo con respecto a la percepción de éxito y realización personal que tienen de sí mismas en relación a su diagnóstico de infertilidad. En otras palabras, el cuerpo de la mujer y su representación adquieren una mayor relevancia en la reproducción humana, al ir más allá de su materialidad y estar atravesado por las concepciones ideológicas culturales de cada época, tal y como se ha venido desarrollando a lo largo de este trabajo (Le Breton, 1995 citado en Riquelme, 2006). Al respecto se pudieron encontrar ejemplos concretos en frases

como: *“yo siempre he pensado que ser mamá y tener un matrimonio y tener una familia con hijos y ser una mujer profesional eso es ser una mujer plena, pero es algo que he estado tratando de cambiar en estos años, o sea todavía no he hecho ese clic, yo les soy sincera, pero no estoy ni para allá ni para acá (...) pero como yo no puedo una de ellas yo he tenido que aprender a hacer eso (...) es que a uno lo educaron para eso, ves entonces es algo que he tenido que estar cambiando, no ha sido fácil”*-mujer 5.

En esa misma línea, Fuller (2001) afirma que a pesar de que no está garantizado que la maternidad sea el eje del cual las mujeres articulen sus elecciones vitales, continúa siendo un tema de gran importancia para muchas en cuanto a su percepción de identidad femenina y por tanto como un indicador personal de éxito. En otras palabras “la maternidad o su ausencia, el que existan problemas para conseguirla, sigue suponiendo en muchos casos la confirmación o no de la imagen que la mujer tiene de sí misma como persona completa y realizada” (Moreno y Roca, 2012, p.20) tal y como lo reportaron al menos cinco de las entrevistadas: *“después de considerarme una persona exitosa, una líder en la iglesia, tener un matrimonio exitoso, tener una buena relación con mi familia, ser una profesional exitosa llega esto de no puedo tener hijos, entonces ya esa persona tan completa que uno mismo se idealiza de uno mismo, no, no es 100%, hay algo malo conmigo”*-mujer 3. También se puede observar en: *“yo creo que en algún punto no sé si yo me siento a veces menos persona, o menos completa, no sé, es la crisis de los 40 (...) a veces sí le he dicho -es que si yo no soy mamá, no soy mujer (...) si yo no soy mamá yo soy media mujer, si yo no puedo tener hijos yo me siento media mujer, yo siento que no puedo, es algo que fisiológicamente yo debería poder lograr y no lo logro (...) siempre lo he pensado, antes de ser esposa quería ser mamá”*-mujer 4. Sobre esto, conviene también reportar un caso en que el pensamiento de la

participante se alejaba de la respuesta de la mayoría, lo que posiblemente estaba permeado por su formación académica en Psicología o incluso por los años de estar en el proceso, lo cual podría argumentarse como una variable mediadora de reestructuración cognitiva: *“el día de mañana si no podemos tener o no logramos adoptar yo no me voy a sentir tampoco como fracasada, tampoco me voy a echar a morir, ni me voy a sentir menos por eso verdad”*-mujer 7.

❖ Familia 4: Secuelas Sociales

La experiencia con pacientes infértiles ha dejado claro para investigadoras de la trayectoria de Carmen Moreno-Rosset (2009) que si bien la condición de infertilidad no produce, en la mayoría de los casos, un malestar físico específico, sí tiene secuelas importantes en las diversas esferas sociales de las personas afectadas. Bien lo resumen Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad y Lalos (2007) cuando indican que los factores en la infertilidad y en los diversos tratamientos asociados, son un complejo engranaje que influyen tanto en los pacientes, como también en todas las personas allegadas en su ámbito familiar, social y laboral, con un importante impacto transcultural e histórico. Todo lo anterior debido a que las personas y parejas inician un recorrido por una experiencia nueva y desconocida en la que la toma de decisiones se convierte en una parte integral de su vivencia cotidiana, las cuales están permeadas de dudas, esperanzas y miedos con respecto a la posibilidad de fracaso, a la opinión y apoyo externos y al impacto de sus decisiones sobre áreas como la dinámica familiar y de pareja, la economía del hogar o las demandas laborales entre muchas otras. Tal y como Moreno y Guerra (2007) lo anotan, no es por tanto raro encontrar expresiones emocionales de aislamiento social, ya que “la persona infértil, suele tener dificultades para explicar en su entorno sus problemas reproductivos, dado que aún existen muchos mitos y tabúes relativos

a la infertilidad” (Moreno y Guerra, 2007, p. 12).

Estos impactos en la vida social de las personas, producto del proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad abarcan áreas que comprenden la afectación en la interacción con miembros de las familias de origen, los proyectos de pareja o individuales e incluso la calidad y/o cantidad de vinculaciones sociales con amistades y otros círculos, debido a que es frecuente que los individuos o las parejas “busquen aislarse como una manera de protegerse ante sentimientos como la rabia o la envidia ante otros familiares o amigos que no presentan el problema” (Flores, Jenaro y Moreno-Rosset, 2008, p. 208). Por ejemplo el ver a otras personas ya sea amigos, familiares o compañeros del trabajo celebrar embarazos o desempeñándose como padres, puede hacerles experimentar sentimientos de frustración, los que funcionan como estímulos desagradables que generan en la persona la urgencia de evitar participar de eventos que les evoquen ese tipo de emociones.

Asimismo, otra área social directamente impactada corresponde al rendimiento y/o satisfacción en el trabajo, ya que las múltiples experiencias documentadas de personas que cursan estos procesos, son claras en que esta población requiere ausentarse reiteradamente de sus trabajos para acudir a consultas médicas, consultas psicológicas, a realizarse pruebas clínicas, controles rutinarios, consultas nutricionales o incluso para tener relaciones sexuales programadas por el o la especialista. Este constante abandono de las labores, tal como lo anota Moreno-Rosset (2009) puede repercutir negativamente en la vida de estas personas, ya que a la mayoría de las empresas no les interesa ni les es conveniente que sus trabajadores se ausenten en horario laboral para llevar a cabo tratamientos que no son por enfermedades que pongan en riesgo su vida, incluso esta misma autora indica que estos diagnósticos “suelen esconderse ante los empresarios por miedo a sufrir repercusiones laborales negativas” (p.26).

De esta manera, muchas veces el trabajo se convierte en un estresor que va degenerando en falta de motivación y concentración en esta área de la vida.

En directa relación con esto, también en variadas ocasiones existe una afectación de economía de la pareja o de la familia de origen debido a los múltiples y constantes gastos asociados a los tratamientos y/o embarazo y potenciales secuelas postparto que frecuentemente no pueden ser correctamente estimados antes de iniciar un tratamiento de esta naturaleza y que de forma habitual consumen los ahorros dispuestos para este fin, sobrepasan la capacidad crediticia de la pareja o por la misma naturaleza de las constantes ausencias antes explicadas, ponen en riesgo su estabilidad laboral, lo que se convierte en un estresor importante y frecuentemente no contemplado.

Tomando en consideración todos los aspectos expuestos, es que las investigadoras de este trabajo, indican que la presente familia teórica incluye los cambios que se evidenciaron en la interacción que tuvieron los hombres, las mujeres y la parejas entrevistadas en sus vinculaciones sociales y familiares, su desempeño en el trabajo, en la economía familiar y en sus proyectos futuros. A modo de una descripción más apropiada de esas secuelas, se expondrán en cuatro categorías teóricas que corresponden a: secuelas en la interacción social, secuelas del diagnóstico y tratamiento en el trabajo, secuelas del diagnóstico y tratamiento en la familia y secuelas del diagnóstico y tratamiento la economía de la pareja. Con respecto a la última categoría, dada la naturaleza del relato de los sujetos de investigación, se expone únicamente lo aportado por la población de pareja ya que corresponde a un tema que se vive de manera simultánea dentro de la relación.

Categoría A: Interacción social

La presente categoría contempla todos los resultados asociados a la afectación en la interacción con amigos, familiares, compañeros de trabajo y personas significativas, en relación al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad en los hombres y las mujeres.

➤ *Población Hombre:*

Nuevamente en un contraste importante con lo reportado por las mujeres entrevistadas, la totalidad de los hombres de esta población, no hicieron referencia espontánea ni aceptaron ante la pregunta directa, el haber experimentado conscientemente la urgencia de aislarse socialmente o de haber tenido dificultades importantes en la interacción con otras personas a partir de los procesos vividos en relación a la infertilidad. Por ejemplo de forma homogénea los hombres directamente entrevistados negaron haber tenido sentimientos de envidia a hacia otros hombres-padres, o experimentar frustración ante la noticia de embarazos en personas allegadas.

En la situación particular del caso 2, la mujer reportó que su esposo sí había manifestado algunos de esos sentimientos: *“ha sido muy difícil, porque han habido etapas donde todos los compañeros de trabajo tienen a las esposas embarazadas, entonces para él ha sido muy difícil, el comentario es como de -uy ahí llegó tal diciendo que la esposa está embarazada, juy que mal me cae!- con el embarazo de la hermana de él, igual se siente como que "le cae mal" ”*-mujer 2 en relación a su esposo no entrevistado.

Cabe destacar que, en el caso 7 a pesar de que ante la pregunta directa negó este tipo de emociones, en otro momento de la entrevista aceptó tener conductas relacionadas con la

necesidad de aislarse socialmente como estrategia: *“me voy a caminar o me quedo aquí solo y no voy a entrenar, no voy a la piscina porque hay días que no quiero ver a nadie simplemente, o llego tarde de la oficina o porque quiero venirme aquí temprano, estar aquí mientras cae el atardecer porque mi esposa no ha llegado, o me voy a almorzar solo. Yo trato como de manejarlo así”*-hombre 7.

Por otra parte, y como ya se ha explicado de sobra, en dos de los casos de esta investigación los hombres no quisieron participar de las entrevistas realizadas, por lo que es válido argumentar, que eso en sí mismo evidencia una potencial dificultad para socializar abiertamente el tema de la infertilidad con personas externas a sus parejas. En estos dos casos, sus parejas comentaron que el tema es sensible incluso dentro de la misma pareja y se ha convertido en un impedimento para poder conversar libremente de temas relacionados a hijos, al diagnóstico, los tratamientos o incluso opciones alternativas con familiares y amigos cercanos y con mucha más razón es doblemente complejo tratar estos temas frente a extraños, por las reacciones evitativas que adoptan sus esposos, lo que está en directa relación y podría ser potencialmente explicado por lo antes expuesto en el apartado sobre impacto en el autoconcepto: *“el tema de los hijos es algo que no se toca, nosotros podemos estar en una mesa de tragos o en una conversación y si empieza a darse el tema de los hijos, mi esposo se levanta de la mesa y ese es el clic, ellos saben y cambian de tema [silencio]. Yo inicialmente creí que lo hacía por mí, con el tiempo me he dado cuenta que también lo hace por él, es un tema que no se toca digamos, es un tema tabú y no se toca”* -mujer 6 en referencia a su esposo no entrevistado.

➤ *Población Mujer:*

Respecto a la forma en la que la infertilidad ha impactado la vida de las mujeres entrevistadas, se ha comentado mucho en distintas familias y categorías teóricas de este trabajo, por lo que específicamente en este apartado se desean plantear los resultados concordantes con las dificultades que experimentaron las entrevistadas respecto a la interacción con su entorno a partir de sus procesos de ajuste emocional debidos al diagnóstico y/o tratamiento.

En primer lugar, la evidencia de que las participantes manifestaron haber disminuido algunas veces de forma intencional sus interacciones sociales con familiares o amistades para no verse en la necesidad de contestar preguntas referentes a sus procesos de tratamiento, para no tener que lidiar con sugerencias u opiniones no solicitadas o incluso para que no las percibieran vulnerables emocionalmente, idea que concuerda además con lo analizado sobre las reacciones aversivas a mujeres embarazadas y eventos sociales específicos, tal y como que se han desarrollado en otros apartados: *“no quise hablar con nadie y me encerré, me encerré aquí en la casa”*-mujer 6. Una idea similar se observa en: *“a veces me da chicha conmigo misma o sea o con la gente, entonces lo que trato con la gente es de no hablarle o trato de no salir y quedarme en mi casa [inicia llanto] para que la gente no se da cuenta de que estoy chichosa, por ejemplo no volví a ir a donde mi familia, ahora solo voy una vez”*-mujer 2, y respecto a las posibles razones: *“ojalá que no me preguntaran nada porque mando a todo el mundo a la fregada”* -mujer 4.

Asimismo, interesa indicar que además de la evitación intencional de interacción social de parte de algunas mujeres, al menos una de las participantes hizo énfasis en que por la naturaleza sensible del tema de la infertilidad, ciertas personas de su entorno también podrían

haber modificado la forma en la que se relacionaban con ella bajo la intención de no ofenderla o lastimar sus emociones: *“la gente igual te siente sensible al tema, me ha pasado y eso me molesta me incomoda bastante, tengo cuatro compañeros en el transcurso de este tiempo que las esposas o parejas han quedado embarazadas y no me dicen, no me dicen, yo no sé si quieren esconderlo, no sé si les da miedo que yo entre en un ataque de ira o depresión”*-mujer 4. Lo anterior, es importante en tanto evidencia que la temática de la infertilidad es una variable con múltiples alcances bidireccionales entre la persona y su entorno, lo que a su vez, permea y modifica las posibilidades o al menos la percepción que pueda tener la persona afectada del acceso a ciertos recursos de apoyo.

Categoría B: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en el trabajo

Este apartado incluye todos aquellos resultados asociados a la disminución en el rendimiento laboral o en la satisfacción en el puesto de trabajo debido a la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad ya sea propio o de su pareja.

➤ Población Hombre:

En el caso especial de la población que fue entrevistada para este trabajo, esta tiene la particularidad antes explicada en la familia “Caracterización de la población”, que por sus condiciones socioeconómicas, cuentan o contaban al momento de hacerse los tratamientos, con puestos de confianza que les permitieron una importante flexibilidad ya sea por su rango jerárquico en la organización, por la naturaleza del puesto, por su antigüedad laboral, o incluso por trabajar en negocios propios, lo que hizo que esta población tuviera mayores posibilidades de ausentarse de sus labores sin consecuencias importantes, algunos sin la necesidad de reportarlo a sus jefaturas.

En este sentido, esto evidencia una limitante en el perfil de las personas entrevistadas, ya que el que la población participante no tenga tantos inconvenientes como lo reportado por la literatura, no es lo esperable en la norma de la población trabajadora y es contrario a lo que referencian las profesionales nacionales entrevistadas que laboran en las instituciones hospitalarias públicas costarricenses que atienden otras poblaciones con menor poder adquisitivo.

Por las razones antes descritas, los hombres entrevistados no reportaron secuelas directas de su experiencia por los tratamientos de infertilidad sobre su desempeño laboral propiamente. Sin embargo ante la pregunta directa de las investigadoras, todos enfatizaron que pese a sus condiciones favorables, en definitiva el proceso de diagnóstico y tratamiento de infertilidad amerita constantes salidas, citas y controles en horarios normalmente laborales tal como se evidencia en: *“pues para la empresa tal vez sí es incómodo, sí hay que estar pidiendo permisos (...) sí es demandante de tiempo y por ende pues choca con sus labores a no ser que usted trabaje en la noche o solo desde una computadora, también para la empresa porque se le está yendo el trabajador, a cada rato le pide permiso, a veces está rojo en vacaciones y se tiene que ir, o sea a mí me pasa eso siempre yo siempre estoy en rojo en vacaciones y llego a final de año y estoy en rojo, siempre estoy en rojo y a mí no me afecta pero tal vez a alguien en una empresa normal sí porque puede poner en riesgo su trabajo”* - hombre 7.

➤ *Población Mujer:*

Como parte de la caracterización particular de la población entrevistada en tanto a poder adquisitivo, recursos y naturaleza de sus trabajos, la mayoría de las entrevistadas de forma

consistente con lo planteado en la población masculina, no evidenciaron haber experimentado mayores complicaciones en cuanto a permisos para ausentarse o retirarse de sus labores por razones asociadas a los múltiples procesos necesarios para un tratamiento por infertilidad. Pese a esta salvedad, sí existió la aceptación de parte de la mayoría de estas mujeres de que en definitiva un proceso por infertilidad requiere de la voluntad de las empresas y jefaturas para hacer adaptaciones constantes que les permitan subsanar citas de consulta médica o psicológica, periodos obligatorios de reposo, exámenes de laboratorio, aplicación de medicamentos, entre otros: “-¿descanso en casa? ¡Dios mío, me van a matar en el trabajo!-, y a ver cómo hace uno para sacar vacaciones o incapacidad entonces, eso también es sumamente estresante porque tal vez uno mide todo así como a la perfección y ya sacar días y todo es complicado”-mujer 4.

Ahora bien, independientemente de las flexibilidades que manifestaron haber tenido las entrevistadas, algunas de ellas sí comentaron sobre las secuelas que tuvieron los procesos de diagnóstico y tratamiento respecto a su nivel de desempeño y satisfacción laboral, en tanto consideraron que los procesos de adaptación por los que tuvieron que atravesar les restaron de forma temporal o permanente atención, concentración y en algunas ocasiones motivación sobre sus labores: “a veces sí me siento muy triste, a veces sí me siento así para ir a trabajar pero yo hago el esfuerzo, igual en el trabajo sí me siento como que si estuviera descoordinada, eso que usted dice, quiero hacer todo, pero no puedo hacer nada, pero es peor quedarme aquí en la casa”-mujer 2. Lo mismo se puede notar en: “el trabajo era muy estresante, y a pesar de que me dieron de alta en el tratamiento de psicología, yo había perdido como esa entrega al trabajo”-mujer 1. También lo expresa la mujer 6: “la semana después de que me dieron la noticia del no embarazo el sábado, el lunes yo tenía que trabajar

y [silencio] yo fui a trabajar, me levanté normal (...) yo decidí ir a trabajar y cuando yo estaba en el trabajo fui y hablé con mi jefe y le dije -necesito irme no puedo estar aquí, no puedo, necesito estar sola, necesito llorar, necesito pensar, necesito reorganizarme-, dos o tres veces de esa semana me vine para la casa”.

Tomando en cuenta las ideas anteriores, al menos dos de las mujeres entrevistadas tuvieron la posibilidad adquisitiva de renunciar a sus trabajos para dedicarse exclusivamente a sus procesos de tratamiento y de esa forma intentar ofrecerse a sí mismas un estado idílico de atención y cuidado que la realidad laboral no les iba a permitir: “*yo no habría dejado de trabajar simplemente porque sí, sino porque dijimos, me voy a someter al tratamiento, esto es desgastante físicamente y emocionalmente, voy a eliminar el estrés, el trabajo es lo que más me estresa, la universidad me relaja, entonces todas las decisiones fueron en pro del tratamiento de fertilidad (...) yo renuncié para el tratamiento, todo lo hicimos para el tratamiento*”-mujer 1. La misma decisión la experimentó la participante 7: “*yo decidí dejar el trabajo para lograr hacer un balance (...) yo siento que esto es como el último que me vaya a hacer [empieza a llorar] y entonces estoy como en un momento muy así porque yo digo juepucha, estoy dejando mi trabajo, estoy dejando muchas cosas”.*

Categoría C: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la familia

En esta categoría teórica se indican todos aquellos resultados asociados a la afectación emocional o económica sufrida por los miembros de las familias de origen de las pareja, relacionada al diagnóstico y tratamiento recibido por de la pareja.

➤ *Población Hombre:*

Los hombres entrevistados para este trabajo, no hicieron referencia en su discurso de las implicaciones o secuelas que el diagnóstico de infertilidad haya podido tener sobre sus familias de origen o sobre las dinámicas de relación que establecen con ellos.

➤ *Población Mujer:*

A la hora de indagar sobre los alcances que tuvo el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad sobre las familias de origen de las participantes, al menos dos de ellas mencionaron la incapacidad de dar nietos como una pérdida vivida por parte principalmente de sus madres, lo que tal y como se ha venido argumentando sobre las influencias sociales, tiene importantes implicaciones en la forma en la que estas mujeres elaboraron sus propias pérdidas y percibieron su experiencia: *“pero con mami es diferente el asunto, ella quiere mucho a los nietos y todo el asunto pero yo sé que ella siempre deseó un nieto mío y yo no se lo puedo dar, entonces eso a mí también me duele mucho por ella di pero [llanto] ¿qué puedo hacer? Yo le digo uno no puede hacer nada y eso son las cosas que a mí me duelen verdad, me duele, me duele mucho (...) no es esa misma relación de un nieto de una hija o al menos el nieto que yo le podía haber dado”*-mujer 5. Una idea similar se presentó en: *“yo creo que a la que ha afectado mucho es a mi mamá, porque mami siempre me dice -es que si ese hijo fuera suyo, fuera diferente yo lo pudiera chinear, yo la pudiera ver-. Entonces yo creo que sí como a mi mamá le ha afectado”*-mujer 2.

Por otra parte, también emergieron de sus discursos evidencias de que algunos de los familiares podrían haber experimentado algún nivel de aprehensión sobre el curso de los tratamientos y dificultad para poder comunicar sus opiniones debido a lo sensible del tema:

“con respecto a volverlo a intentar mi mamá no está tan convencida, usted le ve la carita pero no dice nada, mi papá tampoco me dice nada”-mujer 6. Sobre el mismo punto anterior, se presentó un caso del que las investigadoras consideran que se hizo evidente la dificultad que existe aún a lo interno de la familia de socializar de manera abierta la infertilidad, posiblemente por ser considerado tabú por su relación con la vida íntima y la sexualidad de la pareja, lo cual coloca al resto de la red social en la dificultad de saber cómo asistir o ayudar: “ella me dice -¿qué hago y que digo?- y yo -Ma no tiene que decir nada, sólo si le preguntan usted puede medio decirles-, entonces yo siento que ella pasa muy tensa porque no sabe qué puede decir o que no puede decir (...) tal vez mi hermana la que sigue después de mí que es con la que yo más cuento, pero talvez no haya cómo preguntarme las cosas”-mujer 4.

Categoría D: Secuelas del diagnóstico y tratamiento en la economía de la pareja

Este apartado pretende describir los resultados asociados a las evidencias en la afectación de la economía de la pareja debido a los gastos asociados al diagnóstico por infertilidad, el tratamiento y/o el embarazo producto de esos tratamientos.

➤ Población Pareja:

Partiendo de la casi inexistente investigación sobre las consecuencias económicas a nivel intrafamiliar que devenga la infertilidad y su tratamiento, se hace urgente reportar los resultados encontrados en la población entrevistada.

Considerando que la población participante de esta investigación tuvo la particularidad de haber sido en su totalidad tratada por medio de la medicina reproductiva privada, lo cual como es sabido tiene muy altos costos tanto a nivel nacional como mundial (Bahamondes y

Makuch, 2014) en tanto que los procesos diagnósticos y de tratamientos médicos, quirúrgicos y medicamentosos deben ser asumidos por parte de la pareja, razón por la cual, como se indicará a continuación, en el caso de las personas entrevistadas requirió importantes esfuerzos e incluso generó secuelas de peso.

En primer lugar de acuerdo a lo indicado por las y los participantes, en general, al momento de acercarse a una clínica de reproducción asistida no había un conocimiento o consciencia previa del costo real de los tratamientos, aspecto que como se ha venido mencionando en otros apartados, tampoco fue completamente aclarado durante la orientación por parte de los especialistas, ya que si bien reportaron haber sido comunicados del costo bruto de algunas técnicas, no se les alertó sobre el valor de factores concomitantes como lo fueron los medicamentos o procedimientos necesarios para concretar los tratamientos: *“Mujer: Uno no sabe, cuando inicia un tratamiento de estos, en cuánto va a salir todo, uno no lo sabe cuándo inicia. Yo no me imagino la gente que se mete con In Vitro, con razón se endeudan, con razón pierden casas. Hombre: no hay ni la más mínima dimensión de lo que usted va a llegar a tener que gastar, ni lo más mínimo”*-pareja 3. Es importante destacar, que considerando la discusión previa sobre la imposibilidad de acceso a este tipo de tratamientos privados para la población media nacional, aún con las características particulares de acceso con las que contaban los entrevistados, los costos fueron percibidos en general como una inversión con implicaciones en su estabilidad financiera: *“nos parece un tratamiento muy caro, o sea es un lujo, en realidad lo vemos como un lujo y la posibilidad de hacerlo para nosotros es un lujo también”*-pareja 7.

Siguiendo con esta línea, se destacó que pese a las condiciones socioeconómicas de esta población antes mencionadas, por la naturaleza de los montos requeridos para los diferentes

tratamientos, principalmente para la técnica de la Fertilización In Vitro, las parejas reportaron haber requerido hacer grandes esfuerzos que iban desde invertir todos sus ahorros, recibir apoyo familiar y hasta endeudarse con tal de conseguir la liquidez necesaria para solventar los gastos. Para el momento en que las parejas fueron entrevistadas para esta investigación, la técnica de Fertilización In Vitro aún era prohibida en el país, por lo que para poder realizarla era necesario viajar al extranjero, con el respectivo aumento en los costos que ese viaje podía significar en términos de estadía, tiquetes aéreos, alimentación, entre otros: “*para la In Vitro sí tuvimos que sacar un préstamo porque sí implica un poco más de gasto que una inseminación*”-pareja 4. Una idea similar se encontró en: “*papi dice que me regala una parte de la plata y nosotros ponemos la otra y me dice bueno sino yo saco un préstamo y sino saco un bono que tengo ahí y te lo doy, entonces ahí ya teníamos la plata digamos como para ir (...) me quedaba el aguinaldo y el ahorro escolar, para meterle más plata a la platita, entonces ese año mi esposo me dio la mitad del aguinaldo de él y mi aguinaldo completo pasó a esa plata y me dio parte de los dividendos de él, entonces digamos que yo no sentí tanto el no tener plata del todo, y teníamos como doce o trece mil dólares para ir a hacerlo*”-mujer 6. Asimismo se pudo constatar en: “*sí teníamos claro, que para el tema de In Vitro, teníamos que estar seis meses ahorrando, sabíamos además que teníamos cinco o seis meses por el tema residual del medicamento, era lo máximo que podíamos esperar. Para luego volverse a aplicar hormonas. Había que quedarse una semana en Panamá, comer allá. Sí sabíamos que teníamos que ahorrar, no hubiésemos podido hacerlo al mes siguiente*”-pareja 1.

Continuando con las ideas anteriores, se hace urgente además indicar, algunos ejemplos de la inversión económica en la que debieron incurrir las parejas, de acuerdo a sus diferentes

circunstancias y cursos de tratamiento, con la intención de un panorama completo se reportan los montos vigentes a la fecha de las entrevistas, de acuerdo a distintos rubros, aclarando que la mayoría únicamente contemplaban algunas rondas o ciclos y no la totalidad de la inversión. En primer lugar, sobre los honorarios de consulta médica especializada en medicina reproductiva: *“los exámenes son costosos, solo la cita es costosa, la cita vale setenta mil colones entonces solo la cita es costosa. El costo de la cita siempre es la misma independientemente de si tiene que seguir un proceso”*-mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja. En segundo término, con respecto a exámenes y pruebas diagnósticas: *“nosotros no contemplamos que la parte de exámenes previa, fuera tan cara. Y les estamos hablando que por ejemplo mi esposa y yo decíamos, no puedo creerlo. Mis exámenes costaron mucho cincuenta mil colones, un examen de sangre, un espermograma. Pero a ella le mandaron unos exámenes de sangre, de hormonas, entonces cuando llega un doctor y le dice a usted - sus exámenes de laboratorio cuestan mil dólares-, usted se desestabiliza completamente, uno no espera esa erogación monetaria (...) y nosotros decíamos, no nos va a alcanzar la plata, nos estamos comiendo nuestros ahorros, nuestros salarios, inclusive nos ayudaba la familia”*-pareja 3. Una idea similar en: *“a mí sí me ha dado curiosidad en saber cuánto hemos gastado, pero no lo hemos hecho, creo que sí se han gastado millones. En exámenes y todo calculo como dos o tres millones”*-mujer 2 en referencia a la experiencia de la pareja.

En tercer lugar, con respecto a los costos de medicamentos: *“a veces iba a la farmacia y pasaba una factura por seiscientos mil colones (...) la plata que yo tenía y la que me dio mi papá se fue, se fue en medicamentos”*- mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja. También se reportó en: *“es que fueron tantas visitas, usted sabe sumar, es que no es solamente la visita al doctor, es después, ir a la farmacia, podía implicar quince mil o veinte*

mil colones hasta comprar medicamentos de hasta cincocientos o seiscientos mil colones”-pareja 3. La misma idea en: “Hombre: hubo mucho gasto, en las hormonas en las inyecciones, valían como seiscientos o setecientos mil colones, cada vez que queríamos intentarlo, eso solo el medicamento de las hormonas. También tenía que tomar Resveratrol, las pastillas de DHA. Ella estaba tan preocupada por quedar embarazada que yo no voy a andar dando precios. Al rato ella pensaba que algo costaba cuatrocientos mil y en realidad costaba setecientos mil yo no le iba a entrar en detalles, porque en ese momento podía costarlo. Mujer: Sí digamos al día de hoy, yo no sé cuánto gastó el, no tengo la menor idea”-pareja 1.

En cuarto lugar, con respecto a los gastos totales realizados, tal como se ha mencionado en otras categorías teóricas de esta investigación, la mayoría de parejas optaron como estrategia de afrontamiento por no conocer la realidad total de la inversión hecha, algunas creían manejar rubros generales sin mayor atención en la exactitud: *“nosotros invertimos como doce mil dólares”-mujer 6. También: “yo puedo contar unos diez millones algo así”-pareja 4. Una idea similar en: “Mujer: le preguntamos doctor -¿cuánto cuesta hacer una inseminación artificial?, -doscientos cincuenta dólares, y nosotros pensamos, -¡uy está bien!, o sea sobrado-. Lo que no nos dijo, fue que son doscientos cincuenta dólares que él haga esto [imita la conducta de activar una inyección] con la inyeccioncita esta. Pero la cantidad de medicamentos que yo tenía que tomar, que yo tenía que inyectarme, las veces que yo tenía que ir a hacer ultrasonidos. ¿Cuánto gastamos?, ¡UN PLATAL!, porque son caras. Hombre: La inseminación nos costó como un millón trescientos mil colones (...) los exámenes previos unos quinientos mil colones, citas, medicinas y ultrasonidos tienen que haber sido dos millones de colones (...) entonces cuando nos dimos cuenta de ese gasto, dijimos, no vamos*

a poder (...) en algún momento fue un poco difícil, esos procesos de exámenes e inseminación (...) se los decimos así, nosotros no sé cómo hubiéramos hecho si nos hubiera tocado hacer tres ciclos de inseminación”-pareja 3.

Asimismo, sumado a los onerosos costos de las fases estrictas de los diversos tratamientos o ciclos, las personas participantes indicaron además haber sufrido por gastos no contemplados que fueron surgiendo producto de tratamiento de reproducción asistida y sus secuelas. Por ejemplo, ante el fracaso de un proceso gestacional avanzado fue necesario para dos de las parejas participantes, realizar un procedimiento quirúrgico para extraer el producto, aspecto que tuvo altos costos en la atención médica privada: *“tuvimos además el legrado que tuvo que hacerse a mi esposa, es una operación y como tal cuesta como una operación (...) como un millón trescientos”-pareja 3.*

Por su parte, las parejas que lograron conseguir el embarazo, debieron además correr con otros gastos producto del proceso de infertilidad. En primer lugar, la pareja 1 debió enfrentar los cuidados necesarios para un embarazo múltiple de alto riesgo, como suelen ser considerados aquellos producto de las TRA, por ejemplo, en su caso fue necesario invertir en la técnica de cerclaje cervical que según Lattus, et al. (2006) es la colocación de una sutura en el cuello uterino indicada para lograr conservar las características propias de rigidez necesarias para mantener un embarazo hasta el término de forma segura: *“el cerclaje que me hice a las doce semanas costó como mil quinientos dólares, todo era como si tuviéramos aquí un árbol de plata, eso me parece pésimo, no sé otros médicos, pero eso sí es una deficiencia. Y uno que es empleado, trabajador, no somos tal vez personas millonarias que nos saquemos la plata y las tarjetas de crédito”-pareja 1.* Además esta misma pareja a pesar de haber dejado ella su trabajo para dedicarse al tratamiento de infertilidad y su esposo haber

perdido su trabajo en el séptimo mes del embarazo, tuvieron que enfrentar el nacimiento prematuro de sus hijos gemelos en un hospital privado, aspecto que no fue alertado por parte de su especialista en medicina reproductiva, siendo que este es un resultado frecuente en los embarazos múltiples producto de la RMA: *“nosotros nunca, nunca, nunca pensamos que los bebés iban a nacer antes (...) nos pasa que los chiquitos nacen prematuros, tienen que estar internados, entonces no solo se fueron los ahorros sino que tuvimos que pasar un extrafinanciamiento con la tarjeta de crédito. Entonces de repente sale, está usted en su casa con dos bebés recién nacidos que comen, yo producía leche pero no lo suficiente para los dos. Las fórmulas eran carísimas, gastábamos en formulas 200.000 colones al mes, más pañales. Todo era así en cientos, miles. Y yo me metía todos los días a la cuenta bancaria, y no es justo para una mamá que ha pasado, por lo que ha pasado, estar a la semana de haber parido, estar metida en la cuenta del banco a ver cuánta plata está gastando”*-pareja 1.

La otra pareja que pudo lograr un embarazo producto de los tratamientos, comentó también de otros gastos no contemplados que requirieron solventar, entre estos la atención en sala de emergencias ante el riesgo de aborto: *“cuando usted llega a la clínica, a mi esposa la acuestan en la cama, -está bien su esposita ahí, venga y le cobramos de previo, una tarifa mínima- en otras palabras pase primero la tarjeta, -bueno está bien su esposita está en una camilla arropadita, pase la tarjeta (...) esas horas en la clínica, nos costaron noventa mil colones. Yo les puedo decir, que para nosotros, entre todo el gasto que hemos tenido, dentro de todo el proceso que hemos tenido, yo decía yo no puedo imaginar lo que me va a costar esto, y acabábamos de pagar todo el tratamiento de inseminación y yo decía pucha de dónde vamos a sacar, si nos cobraran otro millón de pesos, yo decía -bueno diay, le pido prestado a alguien de la familia, ahí veo-. Gracias a Dios nos salió en eso y pudimos asumirlo sin*

mayor problema”-pareja 3. También la indicación médica de visitar otros especialistas durante el embarazo: *“en un punto en que como yo en el primer trimestre vomité todo, hasta me mandó a la nutricionista. Yo no, yo no sé cuánto costó”*-pareja 3. Y sobre todo de forma más relevante, los gastos producto de la atención y tratamiento de la depresión postparto sufrida entre otras variables por la sobreexposición hormonal durante el tratamiento de la infertilidad: *“más lo que nos costó lo de la fase de depresión post parto, un psiquiatra cobra carísimo, y cada caja de medicamento psiquiátrico son como treinta mil colones. No sé, es un carajal de plata”* -pareja 3.

Finalmente, contemplando todos los resultados sobre esta categoría teórica, además de lo que significa para la estabilidad financiera de la pareja los grandes costos de un tratamiento de infertilidad por la vía privada, se deben además contemplar que estos generan agravantes emocionales al momento de que los tratamientos fallan ya que según lo narrado por los entrevistados, aquellos costos que la pareja consideraba una inversión en un inicio, ante un fracaso resultaron en un gasto: *“yo nunca pensé que no fuera a funcionar, no pensé que tuviera la economía para irme no les miento nosotros pudimos gastar unos doce millones de colones en esa ida a Panamá y yo no puedo creer que no haya funcionado”*- mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja. Aspecto que además sin duda, cuando la experiencia se repite consecutivamente va generando que la economía deba ser otra más de las variables que la pareja deba contemplar en su posibilidad de concretar su anhelo de la maternidad y paternidad: *“uno dice por un lado se van cerrando las opciones, pero por otro lado uno dice todavía se puede, pero también son tratamientos muy caros entonces no es que uno dice – me voy a hacer cinco In Vitro-, no se puede”*- pareja 7.

❖ Familia 5: Cambio en el estilo de vida

La quinta familia teórica corresponde al cambio en el estilo de vida, que será entendida en esta investigación como los nuevos estilos de vida que se empiezan a asumir de manera individual o en pareja después del diagnóstico, del tratamiento y en algunos casos del embarazo, es decir actividades que los hombres, mujeres o parejas dejaron de hacer o empezaron a hacer a raíz de dichas circunstancias.

➤ *Población Hombre:*

El cambio de vida, vivido en lo íntimo y en lo colectivo de los sujetos de investigación, fue reportado tanto en los hombres que ya eran padres como en los que aún no, en el plano económico, sucediendo que la mayoría tuvo que hacer reacomodos de dinero antes, durante y después de los procedimientos, y por otra parte el tiempo de ocio que por lo general durante los tratamientos se veía limitado pero ya después se buscaba para generarse a sí mismos espacios de distracción: *“yo amarré mucho más, me amarré más la faja en muchos aspectos de mi vida al afrontar este asunto, este problema. Ahora soy más dedicado a mi casa, soy más responsable económicamente, me volví más consciente de lo que significa ser papá realmente, de lo que es querer ser papá”* -hombre 3, también: *“cambiaron las prioridades económicas, el tiempo, no puede sacar vacaciones por ejemplo ya las vacaciones se programan para tratamientos, mi tiempo libre va a ser para el tratamiento no va a ser para vacaciones, en nuestro tiempo libre lo que te decía ahora yo soy responsable de mi mamá entonces se reduce más el tiempo en todas las cosas entonces la vida no es lo normal que uno quisiera que fuera”*-hombre 4, y: *“creo que él se sensibilizó, se hizo más consciente a la*

hora de invertir el dinero, o sea cuando se vio tan limitado económicamente por los resultados del tratamiento” - mujer 1 en referencia a su esposo.

Asimismo, destacaron el ejercicio como otro factor influyente, unos lo practicaron más y otros lo dejaron de lado por tener otras prioridades: *“la distracción es necesaria o por lo menos así lo pienso yo y por eso yo no dejo de ir a la piscina” -hombre 7, y: “creo que esto del estrés que siento hoy, es parte de que yo dejé de hacer deporte, desde que nacieron los bebés, dejé de hacer ejercicio, ahorita mi hobbie son los chiquitos, me gusta salir con mi esposa, me gusta dedicarle tiempo a ellos, yo vengo aquí y es no trabajo, no estudio, no nada, solo me dedico a ellos” – hombre 1.* Otro aspecto interesante es el reajuste que algunos tuvieron que hacer respecto a la vinculación con sus esposas: *“ella pasó a ser de A a Z después de ser mamá. Yo tuve que enamorarme de otra versión de mi esposa, tuvimos muchos problemas desde que los chiquitos tenían de cero meses a un año y diez meses, hasta hace poquito, porque ella se convirtió totalmente en otra mujer, totalmente otra persona que no era la persona con la que yo me enamoré” –hombre 1.*

➤ *Población Mujer:*

El cambio de vida, vivido en lo íntimo y en lo colectivo de los sujetos de investigación, fue reportado tanto en las mujeres que ya eran madres como en las que aún no. Al respecto, Muñoz, Kirchner, Forns, Peñarrubia y Balasch (2009) destacan que uno de los problemas más importantes vinculados a la infertilidad tanto para los hombres como para las mujeres es, la dificultad que se les presenta al no lograr satisfacer su deseo de ser padres y madres además de la diversidad de estresores que implican y desencadenan los tratamientos, de forma diferenciada “los varones, en mayor medida que las mujeres, se muestran preocupados

por las ‘implicaciones económicas y laborales’ que lleva consigo el tratamiento FIV” (p.102). En concordancia con esto, los hombres de esta investigación, tal como se planteó en el respectivo apartado, se enfocaron en el plano económico, al evidenciar tener que hacer reacomodos de dinero antes, durante y después de los procedimientos. Sin embargo, las mujeres reportaron reajustes en otras áreas, siendo uno de las principales, el trabajo e inversión en ellas mismas: *“fue un proceso largo, porque todavía yo estaba acostumbrada a tener un cuerpo antes de ser mamá, entonces yo sí cambié. Todavía ahorita me estoy empezando a reponer, dos años y medio después de haber tenido a los bebés, me ha costado mucho volver a tener el cuerpo que yo tenía antes. Yo podía decir que hasta este año yo me siento cómoda, yo pasé dos años que yo le decía: apague la luz, no me gustaba que me viera, nuestros baños son las puertas de vidrio, entonces usted se baña allá y yo aquí, eso influía mucho porque yo no me sentía cómoda en mi piel, me sentía fea y la cicatriz y la pancilla que me había quedado, todo para mí era una tortura, todo el conjunto era una tortura”* -mujer 1. También: *“después de que yo me hice una cirugía bariátrica, yo nunca me quité el estómago, nunca me arreglé los senos, nunca nada, porque siempre fue de parte de mi mamá, de parte de mi esposo y mi familia, -no te hagas nada porque el bebé y le bebé y el bebé- y todo el mundo, y por supuesto yo, decíamos y el bebé, el famoso bebé. Entonces de hecho yo nunca en mi vida me he podido ver totalmente delgado, o sea yo bajé demasiados kilos o sea cincuenta y resto de kilos. Ahora la psicóloga, me decía -¿por qué no se quita el estómago?- entonces quizás más adelante me quite la piel del estómago, es algo que estoy valorando, porque creo que debo ir trabajando en otras cosas y ya deje de centrarse en el bebé”* -mujer 2. Así como: *“lo que pasa es que como he venido haciendo cambios en la casa con respecto a la relación que tenemos hemos tenido un poquillo de problemas, no relacionados al tema de infertilidad porque el tema no se ha vuelto a tocar, le dije voy a decir algo porque no*

quiero dejármelo en el buche, que es parte de las cosas que estoy cambiando porque yo todo me lo guardo y me prometí que no vuelvo a guardar nada que si algo me molesta o quiero decir algo lo voy a decir y a él no le está gustando esa personalidad mía” -mujer 6.

También, reconocieron tener un cambio significativo al aprender de la propia experiencia para ser más cuidadosas con otras personas dejando a un lado la curiosidad para darle más lugar a la discreción y al respeto: *“yo ya ahora sí, de hecho, me cuido mucho, porque uno no sabe la historia que está detrás de una persona por que tal vez llegaba una persona muy inocentemente, y de ahí al yo empezar con cosas hormonales, yo empecé a ganar peso, verdad y entonces llega una señora, y me dice -ay ¿estás embarazada?- yo recién me había hecho un legrado. Ese enojo que me daban esas preguntas”-mujer 3.* Esta fue una de las muestras de empatía más evidentes en ellas, al lograr ponerse en los pies de otras mujeres o familias, sabiendo ellas lo que significa y pesa ser cuestionadas o abordadas de formas inadecuadas.

También, reconocieron el poder retomar sus actividades preferidas como hacer ejercicio o tener más actividades de ocio y recreación: *“antes cuando no tenía a los bebés, si era muy activa, participaba en carreras y además iba al gimnasio una hora y media todos los días, más las carreras, era como muy disciplinada. Y ahora lo he vuelto a hacer [el gimnasio] que no lo había vuelto a hacer desde que quedé embarazada. Eso realmente lo disfruto, me llena, me hace sentirme muy bien y lo necesitaba” -mujer 1.* También: *“yo me siento tan feliz cuando ando paseando que a mí se me olvida todo”-mujer 5.* O también romper con su rutina, dejando de hacer lo que estaba en su zona de confort: *“actualmente trato de estar lo menos posible en la casa para no intoxicarme”-mujer 6.* Tratando siempre de tener el propósito de cuidarse y buscar su sanidad mental: *“hoy por hoy yo le digo mi esposo, no quiero ni pensar,*

no quiero ni controlarme el período, nada que no quiero saber nada, yo sólo quiero fluir en la vida fluir, voy y vuelvo del trabajo fluyo sólo quiero fluir, no quiero pensar en eso”-mujer 4.

Todos los cambios o decisiones tomadas por las mujeres reportados en este apartado, hacen referencia a reajustes hechos para fortalecer ciertos hábitos o rutinas que les permitieran tener un estilo de vida más afín a sus deseos y necesidades después de la experiencia del diagnóstico y el tratamiento, que fue una experiencia que alteró su plan de vida. De acuerdo con Llavona (2008)

“la alteración del plan de vida habrá de ser más importante en dos tipos opuestos de plan de vida: el que tenía programado la paternidad en edad joven (tener hijos cuando se tiene vitalidad, para dedicarles los mejores años de uno mismo), y el que programaba la paternidad como culminación de un desarrollo personal (tener hijos cuando se alcanza una madurez personal y profesional)” (p.160).

En esta investigación, tanto hombres como mujeres al aspecto que le dieron más relevancia fue al segundo, en el caso de las mujeres la maternidad como la culminación de su desarrollo personal, no obstante se observó que existían grandes retos “después de la maternidad”, entendida esta desde la culminación del embarazo, y esos retos fueron la depresión posparto, la relación con el cuerpo, entre otros. En la misma línea de ideas, se destaca que quienes hayan pasado por la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, es un proceso que “obliga a un replanteamiento del plan de vida y a una toma de decisiones importantes sobre el mismo: seguir intentándolo por sus propios medios, renunciar a tener hijos, intentar

la ayuda de la reproducción asistida, adoptar, acoger” (Llavona, 2008, p.160). Este proceso es vivido como una crisis que hace que quienes la experimenten generalmente se vean en la situación de replantear sus cogniciones, emociones y conductas asociadas no solo a esta experiencia sino a otras alusivas a distintas áreas de su vida. Este replanteamiento, no necesariamente implica cambios que perjudiquen el estilo de vida de quien o quienes lo experimenten o hayan experimentado, sino que esos cambios pueden traducirse en oportunidades positivas para redireccionar los proyectos personales y/o de pareja. Tal como las mujeres lo evidenciaron, al final de esta experiencia, por más sufrimientos, desilusiones o metas no logradas, se propusieron realizar cambios positivos para mejorar su estilo de vida, en estos casos se evidenció un interés particular en recuperar su salud física, no sólo para sentirse bien sino para verse bien ya que su imagen personal fue de los aspectos más lastimados durante la fase de los procedimientos. Asimismo, la intención de recuperar la confianza en ellas mismas, dejando a un lado sus miedos e inseguridades para así retomar sus vidas, aun cuando esto implicara empezar desde cero sus proyectos.

➤ *Población Pareja:*

En el caso de las parejas que lograron tener hijos, rescataron los cambios vividos a partir de la vivencia del parentaje: *“Mujer: cuando tenemos tiempo libre, acá en la casa, como di ya tenemos una nena, entonces ya esas salidas nocturnas ya son difíciles, para nosotros una cita es estar en la casa, quedarnos en la casa, ver una buena película o una buena serie en Netflix y ya ¿verdad?, y comer y cuando podemos salir es porque alguna de las abuelitas nos cuida la nena, entonces tratamos de hacerlo, verdad. Hombre: Por ejemplo, la vez pasada salimos el martes después de no sé cuánto tiempo de no ir al cine, llegamos tardísimo y los dos así como cansadísimos, como los más viejitos [risas]”* -pareja 3. Importante es que

a pesar de que reconocieron no hacer planes tan activos, disfrutaban de pasar tiempo incluso dentro de su casa, pero dedicado a ellos dos exclusivamente.

De igual manera destacaron los planes que tienen a futuro, como una forma también de fortalecer el vínculo: *“Díay nosotros no hemos hecho un montón de cosas pues porque la prioridad número uno han sido los tratamientos, [respecto al dinero ahorrado] uno dice no lo voy a gastar ahora porque tengo que guardarlo para x situación futura como redecorar la casa, carro, viajes”* –pareja 4. De manera similar: *“tenemos metas que son las que nos ayudan a salir adelante verdad que son proyectos en conjunto, ahorita estamos haciendo los planos de la casa, queremos hacer apartamentos, hemos comprado otro lote tenemos dos lotes (...) lo de la constructora también ha sido un proyecto, tenemos muchos proyectos a futuro, queremos hacer apartamentos, queremos viajar por todo el mundo, tenemos muchos proyectos que nos hacen pensar en un futuro verdad”*- pareja 5. Y esos cambios a futuro, se enfocaron no solo en el bienestar socioeconómico de la pareja, sino emocional: *“estamos tratando de hacer terapia de pareja, después de lo que les había contado que en el PANI lo recomendaron, estoy en búsqueda de psicólogo”*-mujer 6 en referencia a la experiencia de la pareja. Ella, a la fecha de la última entrevista, comentó que habían considerado la opción de adoptar pero para eso necesitaban reajustar como pareja, sus propósitos.

En general, podría decirse que haber pasado por esta experiencia, hizo que algunas de estas personas pudieran reencontrarse consigo mismas y con sus compañeros de vida. Permitirse entender que su vida no acababa ante la imposibilidad de tener un hijo, fue lo que les dio a algunos casos, la posibilidad de seguir contando su historia en conjunto. Tuvieron que enfrentarse a sus más temidos miedos muchas veces, pero todos reconocieron salir ilesos de esos momentos tan angustiantes. Con o sin hijos, algunas de estas parejas supieron

aprovechar esa prueba difícil que les presentó la vida para ser una mejor versión de ellos mismos, como hombres, como mujeres y como parejas; más compasivos con ellos mismos ante tanta demanda sociocultural de que se es pareja sólo si se tienen hijos, pudieron romper con esos esquemas; más sensibles con otras personas o parejas que han pasado por su experiencia o están por experimentarla algún día, se comprometieron con formar parte de esta investigación. Y dados esos cambios cognitivos, emocionales y conductuales a nivel individual, pudieron evidenciar un cambio en su estilo de vida de pareja, que les permitió refrescar el sentido de estar juntos, retomar sus pasiones, fortalecer incluso la amistad que tienen de por medio y alimentar diariamente características que son necesarias para poder mantenerse en el tiempo con una relación sana, como por ejemplo la tolerancia, la escucha, la empatía y la complicidad.

CAPITULO V

Balance General

Con el afán de cumplir con lo indicado en los objetivos de este trabajo de investigación se desea en este apartado resaltar aquellos hallazgos y aportes principales según algunas conclusiones a las que las investigadoras llegaron producto del análisis de los resultados.

- Sobre el análisis de la caracterización de la población, se permitió evidenciar que el contexto educativo, social y económico que permeó la vida de las personas que formaron parte de este estudio, hizo que la comunicación y el curso de las sesiones de entrevista se diera sin ningún inconveniente o malentendido. Todas las personas participantes pertenecían a una clase socioeconómica media alta, tenían alto grado de escolarización y ocupaban puestos de poder en sus trabajos, estas características hicieron que la comprensión de su diagnóstico y la convicción por visibilizar sus experiencias los llevara a sentir la necesidad de participar en esta investigación y contactar voluntariamente a las sustentantes. Todos ellos y ellas, se mostraron muy receptivos(as) en cada visita a lo largo del proceso, las mujeres siempre con un discurso extenso y detallado, y los hombres algunos más conversadores que otros evidenciando algunas veces poca facilidad para expresar lo que pensaban y sentían. En general, ambos destacaron la prioridad que tienen en sus vidas la familia y el trabajo, siendo su pareja su principal referente de afectividad y seguridad; las mujeres mostraron tener mucho interés en actividades grupales como la vida social y los hombres en actividades más individualizadas como la práctica de algún deporte. En lo que respecta al diagnóstico, esta investigación presentó coincidencias con algunos

de los antecedentes nacionales revisados, por ejemplo en el estudio de Brenes y Montero (2013) se destacó que en el perfil de los expedientes revisados, la infertilidad primaria fue la más reportada y esto coincidió con la muestra femenina de la presente investigación, ya que seis de las siete mujeres entrevistadas, en quienes se enfocó el diagnóstico, la infertilidad que presentaron era de origen primario. También, estos autores encontraron que el factor ovulatorio fue el que se presentó como más frecuente asociado a la infertilidad y esto también fue coincidente con los datos referidos por las personas participantes de la presente investigación en relación a sus diagnósticos, en donde cinco de las siete mujeres participantes fueron diagnosticadas con problemas ovulatorios, como una de las posibles principales causas vinculadas a su condición de infertilidad. Ahora con respecto a los hombres, estos investigadores encontraron que la presencia del diagnóstico se dio en menos de un 30% de los casos participantes y la alteración más frecuente fue la oligospermia seguido de la azoospermia, y en relación con esto los datos de la presente investigación evidenciaron que solo dos de los cinco hombres entrevistados fueron diagnosticados, uno de ellos con varicocele el cual le generó oligospermia y otro, que fue el esposo no participante de una de las mujeres que formó parte de este estudio, fue diagnosticado con insuficiencia testicular de origen idiopático, lo cual le ocasionó hipogonadismo y esto a su vez, azoospermia. A partir de esto, se concluye que estas características sociodemográficas y diagnósticas, además de la confianza depositada en las sustentantes dada la comprobación de la seriedad del estudio, fueron las que permitieron a estas personas dar sus testimonios de la manera más detallada, sincera y amplia posible, generando esto la posibilidad de recolectar información sumamente

valiosa que permitió entender desde una perspectiva integral, la complejidad y diversidad de experiencias asociadas al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

- Sobre estudio de las influencias sociales, evidenció que el tema de la infertilidad es un tabú en la sociedad costarricense, por ende el impacto que se genera en quienes reciben este diagnóstico es muy fuerte ya que además de las presiones personales y de pareja que naturalmente surgen, se suma la presión de la sociedad la cual por lo general refuerza las dudas, culpas y cuestionamientos de esta población, revictimizándoles. Por su parte, las redes apoyo con las que cada una de estas personas en condición individual o de pareja contó, a través de sus opiniones producto de su sistema de creencias, permearon en algunos casos para bien y en otros para mal, la forma en que las y los participantes enfrentaron su diagnóstico de infertilidad, las opciones de los tratamientos que tenían y la eventual consideración de accesos alternativos a la maternidad y paternidad como la adopción, la donación de gametos o la vida sin hijos. Asimismo, es importante recalcar que aunque la mayoría de las y los participantes eran creyentes y algunos no practicantes, la religión vivida en un plano individual y de pareja, sí jugó un papel importante al momento de recibir la noticia del diagnóstico y en la posterior toma de decisiones a lo largo de este proceso. A lo interno de la mayoría de las parejas, sí removi6 su sistema de creencias llevándolos a cuestionarse sus prácticas o cogniciones previas, encontrando en ellas muchas razones por las cuales quizá, su figura divina de referencia no les permitía la concepción natural dándole el significado de “castigo de Dios”, sin embargo esto no interfirió en la convicción de la realización de los tratamientos ya que se adjudicaba al “poder divino” la efectividad de la práctica médica. A nivel social, la religión

generó un peso para estas personas, reflejado en el acoso de familiares, amigos y conocidos al emitir criterios principalmente asociados al dejar en manos de sus referentes religiosos la situación, minimizando esto el diagnóstico médico y generando controversia con la puesta en práctica de la RMA, situación vista socialmente como pecado por ende recomendaban que no debía contarse a otras personas. También, se pudo comprobar tanto en hombres como en mujeres, la presencia de mitos en sus creencias, discurso y prácticas, que por lo general se asocian a aprendizajes previos no cuestionados y que no responden a un razonamiento lógico de los hechos; en el caso de los hombres resaltó el encargo de limitar la expresión de sus emociones para poder contener a sus esposas a lo largo del doloroso proceso por el que pasaban, y en el caso de las mujeres la creencia de que no eran mujeres plenas al no poder cumplir con lo que se espera de ellas: la maternidad como una capacidad innata y un rol incuestionable de asumir en su vida. El pensamiento mágico, fue otro de los hallazgos presente en el discurso y creencias de ambas poblaciones, y se manifestó hasta la etapa final de la experiencia de algunos de estos casos, evidenciándose a través de la experimentación de “corazonadas”, entendidas por ellos y ellas como sensaciones extrañas que les hacían anticipar ciertas experiencias venideras, entre esas el cese en la evolución del embarazo en el caso de la mujer o la adivinación del sexo de sus hijos para quienes lograron tenerlos en el caso de los hombres. En cada una de las influencias sociales analizadas fue evidente el impacto generado por el patriarcado en el imaginario social y por ende en las conductas esperadas para los hombres y para las mujeres de manera diferenciada, por las divisiones absurdas establecidas en la socialización por géneros; todo esto según las y los participantes fueron obstáculos tanto físicos como mentales a los que se tuvieron

que enfrentar y cuestionar constantemente para no seguir reproduciendo los patrones que el sistema parece necesitar mantener, enmarcados en una sociedad muy conservadora y por ende machista. En síntesis las investigadoras concluyen que la sociedad sí es un factor antecedente con un importante incidencia en la manera en que estas personas interpretan la experiencia de su diagnóstico y tratamiento por infertilidad.

- El estudio de las expectativas maternidad-paternidad, permitió destacar que las experiencias de parentaje que tuvieron las y los participantes de esta investigación en sus propias familias desde que estaban pequeños, tuvieron relativa influencia en la manera en que visualizaron el rol materno o paterno que querían emprender. En algunos casos, esta visualización correspondió con mandatos sociales al evidenciar que una madre es sinónimo de crianza y educación y padre es sinónimo de trabajo y aporte económico, esto porque esa había sido su experiencia; pero otros casos tuvieron experiencias que rompieron con esos esquemas invirtiéndose los roles. A pesar de esto, tanto hombres como mujeres evidenciaron sus reflexiones sobre la resignificación de esos patrones bajo un discurso de mayor equidad, las cuales quería poner en práctica si llegaban a tener la oportunidad de ser padres o madres; en el caso de quienes lo lograron, los hombres evidenciaron un total involucramiento en todas las responsabilidades y tareas de cuidado y crianza tanto como su esposa, y las mujeres decidieron no dejar su vida laboral, demostrando esto la coherencia del discurso con la práctica en un contexto de equidad. Por otra parte, los sujetos de investigación concordaron en que desde su noviazgo tenían claro que querían tener hijos, pero entre las principales motivaciones que tuvieron para la búsqueda de la maternidad y

paternidad, fue primero que todo que su relación estuviera lo más estable posible después de haber contraído matrimonio y que ambos hubieran satisfecho ciertos intereses personales, académicos y laborales antes, de modo que era una meta planeada. La segunda motivación fue el anhelo de tener una gran responsabilidad con otra persona que dependiera un tiempo de ellos, de sentirse competentes y emocionalmente necesarios, así como de sentirse representados, de trascender, de dejar huella; todo esto bajo el ideal de que iba a ser una experiencia que uniría en un nivel superior a la pareja. Finalmente, la principal motivación para realizarse el tratamiento fue el querer tener un hijo de su respectiva pareja y con tal de lograr su meta, tener uno o más hijos pareció no preocuparles ni a los hombres ni las mujeres, ante la advertencia de los médicos de que los tratamientos realizados podían generarles un embarazo múltiple. De acuerdo con esta información, las investigadoras concluyen que las expectativas sobre la maternidad y paternidad, se vieron permeadas inicialmente por el contexto del cual procedían en donde la influencia del patriarcado era muy evidente, pero posteriormente ellas y ellos por voluntad propia al verse cada vez más inmersos en una sociedad que trata de ir alcanzado ciertos grados de equidad, empezaron a generar cambios en la forma de entender sus anhelos y la naturaleza de las decisiones que debían tomar para lograr cumplirlos. Podría decirse que si bien en su discurso se evidenció siempre un deseo profundo por lograr ejercer la maternidad o paternidad y una intención de hacer todo lo que estuviera en sus manos para lograrlo, sus decisiones fueron siempre muy pensadas y no necesariamente respondían a las demandas que la sociedad ha acostumbrado a generar.

- El estudio del conjunto de cogniciones y emociones asociadas a la comprensión positiva o negativa de la experiencia de vivir un proceso de diagnóstico y tratamiento por infertilidad, entendidas por las investigadoras como las percepciones sobre la condición de infertilidad, evidenció tanto en los hombres, como las mujeres y las parejas que la primera visita a un centro de fertilidad es de las experiencias más angustiantes que se viven al llevar tiempo intentando concretar un embarazo y no lograrlo. Aunque les parecía extraño, estas personas no siempre tuvieron sospechas sobre un posible diagnóstico de infertilidad, por lo que fue una noticia que les tomó por sorpresa reflejada posteriormente en negación, de modo que fue común la búsqueda de segundas o terceras opiniones las cuales solo corroboraron el diagnóstico. Una vez entendida su realidad, fue común que sintieran tranquilidad cuando el médico les dio una posible solución, la cual conllevó a una serie de pasos iniciales como el consumo de ciertos medicamentos junto con relaciones sexuales programadas, que de no dar resultado iban a implicar acudir a un tratamiento especializado, como sucedió con la mayoría. En ellas y ellos fue común experimentar desesperación al darse cuenta que este proceso no iba a ser tan rápido como esperaban, que cada consulta tenía entre sí uno más meses de distancia para ver efectos de los medicamentos ajustados al ciclo ovulatorio de la mujer, y esa espera los llenó de incertidumbre e inquietud, las cuales se fueron normalizando cuando se les confirmó dar el paso al tratamiento, que no fue más que el inicio de otro ciclo de altibajos emocionales. Los hombres diagnosticados tuvieron intervenciones pero no tan invasivas como las de las mujeres, de modo que quienes tuvieron el impacto tanto físico como emocional más directo de los tratamientos fueron ellas; aun así dichas intervenciones para ambos sexos se conformaron de una serie de etapas, inicialmente

la esperanza de que el tratamiento funcionara, luego la impaciencia por recibir el resultado y una tristeza al final al ver que no fue el esperado, pero esta tristeza se acompañó a la vez de ilusión al querer depositar de nuevo todos los recursos personales en el inicio de un nuevo ciclo de tratamientos, deseando llegar esta vez un poco más lejos que la anterior y cuando de nuevo confirmaban el fallo del tratamiento la tristeza experimentada al principio se vivía esta vez como preocupación al ver cómo los posibles caminos se iban cerrando. En el discurso de las tres poblaciones, sobresalió el papel de los profesionales que les acompañaron en esta experiencia, unos no se sintieron cómodos con el acompañamiento recibido y otros sí lo sintieron como un refugio que les transmitía mucha tranquilidad; la claridad del discurso del profesional y la seguridad que transmitió o no en sus clientes fue un aspecto que influyó para que estas personas tomaran decisiones mejor o peor pensadas a lo largo de su tratamiento; pero a pesar de estas diferencias todos ellos destacaron que el negocio que está en manos de estos profesionales hace que fácilmente pierdan la perspectiva de que están tratando con personas y familias que depositan ellos sus más preciados anhelos y por ayudarles a lograrlos están dispuestos a hacer cualquier cosa, aun sabiendo que puede estar en riesgo la salud física y mental de estas personas algunas veces. En lo que respecta al embarazo, tema explorado con quienes lo habían concretado, evidenció ser una experiencia lejana al imaginario social que lo describe como cómodo o lindo, generando más bien implicaciones serias en distintas áreas de la vida de la mujer con efectos en su pareja: fisiológicamente por los cambios y adaptaciones que sufre el cuerpo a nivel hormonal y metabólico, físicamente por la modificación corporal y el aumento de peso, emocionalmente por el desencadenamiento de reacciones psicológicas y en algunos casos la posible

aparición de trastornos psiquiátricos más graves; además el estrés añadido de que por ser embarazo producto de la RMA es considerado de alto riesgo. Las características personales, de pareja y del entorno social y familiar de las dos parejas de este estudio que lograron embarazarse, influyeron en cómo experimentaron esta etapa, la cual fue considerada como si fuera de ambos aunque el bebé se gestara dentro de la mujer. Un aspecto interesante fue que las preocupaciones de estas parejas no terminaron cuando la prueba de embarazo fue positiva, sino que continuaron en la gestación, el alumbramiento y hasta que tuvieron a sus bebés en sus respectivas casas. Estas cuatro personas, destacaron que su rol como padres y madres acarrea una connotación un poco distinta de quienes lo logran por medios naturales, no considerándose mejores o peores que ellos, pero sí más cautelosos y con una sensación de logro y satisfacción más sentidas, por todo lo que tuvieron que pasar, sufrir y sacrificar para lograr esa meta. La presencia de excesiva ansiedad, también caracterizó a estos padres y madres, principalmente por las experiencias negativas con el progreso de gestaciones anteriores a partir de otros ciclos de tratamiento o incluso por el conocimiento de las altas tasas de aborto que existen producto de estos tratamientos, lo que lleva muchas veces a las mujeres principalmente a un constante monitoreo de sus reacciones físicas, generando esto muchas veces distorsiones del pensamiento de tipo catastrófico. De acuerdo con esta información, las investigadoras concluyen que la naturaleza de las cogniciones y emociones de estos hombres, mujeres y parejas, hicieron que la experiencia de su diagnóstico y tratamiento se viviera de manera más positiva unas veces y de manera menos favorable otras, según la valoración subjetiva que se tuviera sobre los eventos.

- El análisis del impacto de las redes de apoyo como segunda familia de este eje teórico, permitió determinar que el apoyo social percibido por las personas participantes, principalmente de parte de sus parejas, pero también de familiares, amigos, especialistas, jefaturas o hasta personas en la misma condición de infertilidad, es importante para una adecuada asimilación del diagnóstico y para un correcto ajuste a los diferentes momentos del tratamiento. A partir de los resultados de esta investigación, se concluye que las redes de apoyo son mediadoras de la interpretación que se hace de los acontecimientos y por tanto podrían tener importante influencia en la adquisición y empleo de algunas estrategias de afrontamiento que permitan entre otros aspectos tener la capacidad para comprometerse con ciertos procedimientos o retomar nuevos ciclos de tratamiento pese a los fracasos o las desalentadoras estadísticas. Entre las principales fuentes de apoyo que se encontraron durante el análisis de los discursos de las personas participantes, fueron el acompañamiento terapéutico el cual de forma homogénea para las poblaciones era considerado fundamental en tanto podía proveer de apoyo de tipo instrumental e informativo, además se encontraba el tipo de apoyo percibido de otras personas externas a la pareja, el cual era recibido principalmente de familiares en tanto apoyo provisto de tipo emocional o incluso instrumental por medio del aporte económico o incluso asistencial. También se considera importante, el apoyo percibido de tipo valorativo recibido de las amistades, jefaturas y compañeros de trabajo que permiten la facilitación de las expresiones de emociones y proporcionan recursos valiosos para el afrontamiento de la experiencia de manera que resulte menos amenazante. De igual manera se presentó de forma consistente en las diversas poblaciones, la importancia del apoyo percibido de la pareja, sobre lo cual se llegó a concluir que permite mejorar

el autoconcepto posterior a recibir el diagnóstico, ayuda a regular las respuestas emocionales y además refuerza las iniciativas de afrontamiento.

- El estudio de los procesos de duelo observados, permitió concluir que de acuerdo a lo analizado en las narraciones de las poblaciones entrevistadas, durante las diferentes etapas derivadas de un tratamiento por infertilidad, de forma consistente se viven múltiples pérdidas, las cuales derivan en procesos consistentes con las etapas de duelo caracterizadas en la teoría: shock, ira, frustración, negociación, esperanza-desesperanza, aceptación y búsqueda de alternativas. La infertilidad, de forma consistente para las tres poblaciones, llegó en algunos de los casos a representar una crisis vital por la suma de las pérdidas acontecidas, las cuales según lo analizado empiezan por el recibimiento del diagnóstico que confirma la pérdida de la fertilidad, lo cual en todos los casos era visto como una capacidad innata, lo que a su vez conlleva a la pérdida de la posibilidad de experimentar la maternidad y/o paternidad espontánea y en algunos casos biológica lo cual es percibido como la incapacidad de cumplir con uno de los ideales y expectativas sociales y familiares más valorados. Asimismo se viven pérdidas durante los tratamientos en los fracasos de cada ronda de los procedimientos de RMA y los abortos a repetición. Por tanto, a partir de lo encontrado con relación a esa familia teórica, se considera que el paso por cada una de esas etapas, pone en marcha una serie de procesos psicológicos que como duelos que son, comienzan con el impacto cognitivo y emocional de la pérdida y con importantes dificultades en algunos casos logran culminar con la aceptación de la nueva realidad interna y externa y eventualmente en la búsqueda de alternativas. Se concluye que la forma de elaboración de esos duelos depende de la estructura de la

personalidad, de las influencias sociales, de las expectativas previas, de la historia de su diagnóstico y ciclos de tratamiento, de las estrategias de afrontamiento y de las redes de apoyo con que la persona o la pareja cuenten, razón por lo que a su vez se concluye sobre la importancia de que estos temas sean abordados y acompañados por personas profesionales en Psicología para asegurar el mejor ajuste que se pueda, ya que la falta de atención a estos procesos de constantes pérdidas, convergen en algunos de los casos en indicadores importantes de desajuste emocional.

- El análisis de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas participantes como cuarta familia de este eje teórico, permitió concluir que hubo una utilización de las estrategias tradicionales reportadas en la literatura de forma consistente en las poblaciones de hombres y mujeres y algunas fueron aplicadas de forma conjunta por la pareja. Entre esas se encontraron evidencias de cogniciones y emociones asociadas a la autocrítica principalmente dirigidas a la culpa relacionada con la imposibilidad de concretar la meta personal de la maternidad o paternidad o de impedirle a su pareja realizar esa área de su vida, también de forma similar para todas las poblaciones se encontraron evidencias de la utilización de la estrategia evitación de problemas, usualmente encaminadas a no pensar en aspectos angustiantes del tratamiento, en lo invertido económicamente o en evitar tomar decisiones futuras en caso de que los procedimientos de RMA fracasaran. Por su parte con respecto a la estrategia expresión de emociones, hubo diferencias significativas entre los hombres y las mujeres siendo estas últimas quienes más utilizaron este tipo de estrategia, posiblemente debido a aspectos censuradores de la socialización patriarcal sobre los hombres. También hubo empleo de estrategias encaminadas a la búsqueda de apoyo

social, categoría que fue ampliada por las investigadoras al incluir las actividades distractoras como parte fundamental de la misma estrategia, estas contemplaban desde búsqueda activa de apoyo terapéutico, sostén emocional de los familiares, retroalimentación y compañía de los amigos y además refugio en actividades deportivas como medio de escape. Por su parte, en este trabajo se pudo confirmar la importancia de la estrategia de reestructuración cognitiva, como una forma de automotivarse en el proceso de tratamiento, mediante la intencionalidad de modificar la forma en la que se percibían elementos negativos o angustiantes de cada faceta de la experiencia. Otro aspecto al que se llegó a la conclusión como parte de los resultados de este trabajo, fue que la búsqueda y permanencia en los diferentes tratamientos para la infertilidad estuvo mediada principalmente por el uso de la estrategia de afrontamiento: resolución de problemas. Finalmente es importante destacar que con la presente investigación, se logró concretar una de las intenciones primordiales de la modalidad de Seminario de TFG que fue la creación de teoría, a partir de haber encontrado algunas categorías teóricas que como estrategias de afrontamiento habían sido o subreportadas en otras investigaciones o no planteadas previamente en la teoría, razón que la convierte en uno de los principales aportes de esta investigación al campo. Después de lo analizado durante las entrevistas, las investigadoras llegaron a la conclusión de que estas nuevas formas de estrategia fueron la apropiación de lenguaje técnico, como estrategia dirigida al mantenimiento del control sobre la situación de la infertilidad y la búsqueda de mayor simetría al momento de someterse a la dirección de los profesionales médicos sobre su salud reproductiva; la búsqueda de ejercer las paternidades y maternidades de formas alternativas mediante vinculación con mascotas, otras personas familiares o incluso

adopción y donación de gametos y sobre todo el uso de estrategias espirituales religiosas, la cual resultó por motivos potencialmente socioculturales ser una de las más utilizadas en la población entrevistada y consistió principalmente en la búsqueda de respuestas o causas de su infertilidad en el elemento externo “poder superior” como una manera de atenuar cualquier relación contingente entre sus conductas, su condición biológica y factores fuera de su control con respecto a la infertilidad. Se concluye que las estrategias más comúnmente utilizadas fueron el afrontamiento espiritual- religioso, la evitación de problemas y paternidades y maternidades alternativas.

- Según lo analizado respecto de las secuelas físicas que presentaron hombres y mujeres entrevistados producto de los procedimientos de RMA a los que se sometieron, se evidenció que los resultados encontrados coinciden con la teoría que señala que la infertilidad es una enfermedad que tiene la particularidad de no presentar sintomatología asociada directamente, sin embargo, como secuela de los procesos de tratamiento de la infertilidad las personas pueden reportar síntomas físicos, algunos como resultado de los efectos secundarios de medicamentos aplicados durante los tratamientos o algunos que son restringidos como curso del proceso, otros como sintomatología asociada a condiciones médicas previas que derivan en infertilidad pero no la infertilidad en sí misma, y otros que son la gran mayoría como las secuelas de origen psicofisiológico. En comparación con el impacto psicológico de estos tratamientos, el reporte que hicieron las personas entrevistadas fue somero, además en pocos de los casos representó una condición para cuestionarse la persistencia en el tratamiento, ya que las secuelas físicas fueron interpretadas como el costo por un

beneficio mayor que era el objetivo de la maternidad o paternidad. Se concluye que con respecto a esta familia teórica los hallazgos de sintomatología física tuvieron en el caso de las mujeres principal asociación con la sobreestimulación hormonal y en el caso tanto de la población femenina como masculina prevalecieron síntomas que podrían ser considerados con potencial origen psicofisiológico, algunos reconocidos y aceptados como tales y otros no, aspecto que una vez más refuerza la necesidad y pertinencia de la persona profesional en Psicología como parte de los equipos interdisciplinarios que tratan esta condición.

- El estudio de las secuelas psicológicas que tuvieron los hombres, mujeres y parejas a lo largo de la experiencia del diagnóstico y tratamiento, evidenció una serie de eventos producto del impacto emocional experimentado. Las emociones que más sobresalieron en las distintas etapas del proceso empezando por la preparación previa a los tratamientos, el inicio de los mismos y lo que vino posterior a ellos, fueron la tensión por los cuidados estrictos que debían tener, por la eventual posibilidad de que otras complicaciones se presentaran, o porque no se obtuviera el resultado esperado y de ser así, como pasó muchas veces con la mayoría de los casos, se iniciaba de nuevo la montaña rusa de emociones que al experimentarse variaban en duración e intensidad según los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento personales y/o de pareja con las que contaban, estas emociones fueron tristeza, desilusión, culpa, irritabilidad y ansiedad la cual se evidenciaba a través de una preocupación excesiva para todos ellos y ellas. Si bien estas emociones fueron experimentadas por las tres poblaciones de manera individual o conjunta, debe concluirse que según lo analizado de los discursos, fueron las mujeres quienes

experimentaron un mayor grado de desajuste emocional en comparación a los hombres, es decir que experimentaron esas emociones con más frecuencia e intensidad, por ende fue más frecuente observar en ellas mayores grados de desajuste aun cuando el diagnóstico establecido fue de su pareja. La experimentación de dichas emociones generó en estas personas secuelas que se manifestaron en su sexualidad, la cual pasó de ser un encuentro espontáneo caracterizado por el erotismo y el placer, a uno de mucho control que no dejaba espacio para el juego ni la sorpresa, esto porque llegó a convertirse en la prioridad de la pareja para lograr su única meta en ese momento: el embarazo. Fue común entonces en todos ellos y ellas, la pérdida de sentido del encuentro en la medida que veían cómo costaba lograr embarazarse; en las etapas siguientes aún para quienes habían tenido éxito en su tratamiento el encuentro sexual también se vio limitado por la influencia de factores físicos y emocionales que seguían obstaculizando el interés, la disposición y el disfrute, aspectos que llegaron a recuperarse o cuando la pareja decidió no someterse a más tratamientos por razones de salud mental para ambos en unos casos o cuando sintieron que sus hijos ya habían adquirido un poco más de autonomía después de meses o incluso años de nacidos en otro; cabe aclararse que la mayoría de estas experiencias se debieron principalmente a factores emocionales asociados a ansiedad, depresión o desajuste emocional, pero solo un caso se debió a factores biológicos que desencadenaron disfunción sexual. Además de las secuelas en la sexualidad, que fueron las más comunes, pocas parejas las tuvieron en su afectividad al destacar sentir algunas veces por parte de su pareja falta de comprensión, compañerismo y empatía, afectando esto su unión y apoyo en momentos clave; lo mismo sucedió con la comunicación, ante la dificultad que tuvieron a veces para desahogar las emociones

que experimentaban. Las investigadoras concluyen que a partir de lo analizado, estas personas tuvieron secuelas psicológicas fuertes pero esperables para la naturaleza del evento que experimentaban, algunas de ellas recibieron diagnósticos clínicos más serios que las incapacitaron física y emocionalmente por un tiempo, pero después pudieron encontrar las estrategias personales y de pareja para mejorar su condición; a pesar de las dificultades pudieron sobreponerse influyendo esto en una mejora significativa de la relación de pareja y consigo mismos, y ninguno de los casos acudió a una separación o un divorcio al momento del trabajo de campo a pesar de que en uno de los casos si fue considerado.

- Según lo estudiado respecto al impacto en la imagen personal, en la narración de las poblaciones entrevistadas para esta investigación, se llega a la conclusión de que tal y como la teoría lo anticipó, los procesos de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad sí tuvieron una incidencia en la modificación del autoconcepto que algunas de estas personas tenían de sí mismas a partir del diagnóstico, lo cual se evidenció, entre otras maneras, a partir de cogniciones y emociones negativas asociadas a la percepción de éxito y realización personal dependiente de si habían logrado o no la maternidad o la paternidad y en manifestaciones relacionadas con el cambio de sus cuerpos como secuelas del tratamiento. Según lo encontrado en esta investigación, se llega a la conclusión de que el grado de afectación, estuvo mediado en función de claros antecedentes, entre los que se contemplan los mitos y creencias asociadas al diagnóstico y tratamiento, las expectativas sobre la maternidad y la paternidad, la influencia de la opinión de otras personas externas a la pareja e incluso

las construcciones de estereotipos tanto socioculturales como personales que señalan a la paternidad y maternidad como un indicador de salud, de femineidad y virilidad

- De acuerdo a lo analizado, respecto a las secuelas sociales que tuvieron las poblaciones entrevistadas debido a la infertilidad y sus diversos tratamientos asociados, se encontraron evidencias que estas experiencias influyen tanto en los pacientes como en su ámbito familiar, social y laboral. Se concluye que los impactos específicos en la interacción con miembros de las familias de origen, aislamiento intencional de sus vinculaciones sociales con amigos y otros círculos y secuelas en el rendimiento y/o satisfacción con el trabajo, se debieron primordialmente a la necesidad de aislamiento como una estrategia para protegerse de los comentarios o cuestionamientos sociales y para evitar tener que dar explicaciones a su entorno sobre sus decisiones. Ahora bien, otras conclusiones importantes de esta familia teórica, estuvieron en función de las evidencias sobre la relevancia que tuvo la actitud de aprobación o apoyo de las jefaturas o centros de trabajo sobre la forma en que las personas percibieron algunos aspectos de su experiencia, y sobre la afectación de economía de la pareja debido a los múltiples, constantes gastos asociados a los tratamientos y/o embarazo y potenciales secuelas postparto que frecuentemente no pueden ser correctamente estimados antes de iniciar un tratamiento de esta naturaleza y que de forma habitual consumen los ahorros dispuestos para este fin y requieren que la pareja se endeude al sobrepasar su capacidad crediticia, aspectos que generan una desestabilización importante y que no son ni prevenidos ni asesorados como parte integral del abordaje que se le da a estos pacientes.

- Ahora bien, sobre el estudio de los cambios en el estilo de vida producto de las decisiones tomadas respecto a su condición de infertilidad, se encontró que todas las personas que participaron, lograran satisfacer su deseo de ser padres y madres o no, pasaron por un proceso importante de reflexión personal que los llevó a tomar la decisión de hacer una serie de cambios que vividos en lo íntimo y en lo colectivo se dieron por lo general cuando ya había pasado las etapas del diagnóstico, del tratamiento y en algunos casos del embarazo; el desgaste que sufrieron en los planos físico, emocional, económico y social les hizo sentir la necesidad de recuperar su energía e invertirla en nuevas metas. De parte de los hombres, quienes a lo largo de la experiencia se mostraron más preocupados por las implicaciones económicas, sobresalió el reconocimiento de haberse vuelto mucho más organizados y responsables con el dinero; de parte de las mujeres sobresalió la necesidad de hacer reajustes en su trabajo así como una mayor inversión física-estética en ellas mismas; y de parte de ambos sobresalió el interés por buscar una vida más saludable practicando más o retomando practicar algún deporte, creando más espacios de ocio y recreación, y procurando ser más discretos y respetuosos con otras personas o parejas ante la eventual curiosidad de sus proyectos asociados a la maternidad y paternidad. Se concluye que pasar por esta experiencia, hizo que estas doce personas en diferentes momentos, se replantearan sus cogniciones, emociones y conductas asociadas no solo al diagnóstico y tratamiento, sino a otras áreas de su vida, de modo que encontraron las estrategias para salirse de su zona de comodidad y con esto buscar oportunidades que les permitieran alcanzar nuevos proyectos personales y/o de pareja, esto les trajo mucha salud mental y fortaleció el vínculo de pareja, sin relegar su plan de vida a la presencia de un hijo como inicialmente lo consideraron.

Hallazgos de la contrastación entre poblaciones:

Tomando en consideración que el último objetivo específico de esta investigación, señalaba la contrastación entre las poblaciones en estudio, se desea al final de este apartado destacar los hallazgos específicos más relevantes de los antecedentes, interpretaciones y consecuencias que evidenciaron diferencias significativas entre los hombres, las mujeres y las parejas.

- La edad de la mujer fue un criterio de mucha relevancia a lo interno de la pareja, para detonar el interés de empezar a tener hijos una vez se hubieran cumplido otras metas personales y conjuntas. A nivel clínico, la edad no evidenció ser una dificultad o restricción para determinar la viabilidad y el curso de los tratamientos, pero tanto hombres como mujeres sabían que había un reloj biológico que las limitaba más a ellas que a ellos.
- De los siete casos de la investigación, solamente seis tomaron la decisión de hacerse tratamiento con las RMA. Dado el aval médico y según las particularidades de cada caso fue en las mujeres donde se concentró la mayoría de procedimientos diagnósticos, farmacológicos, quirúrgicos hormonales propios de la Fertilización In Vitro y la Inseminación Artificial, en algunos casos de manera exclusiva cada técnica o combinando ambas. Por su parte los hombres fueron sometidos a procedimientos más sencillos y menos invasivos como las linfoterapias o varicocelectomía, por lo que es importante destacar que el impacto del tratamiento al ser más recargado en la población femenina requiere de una especial atención y acompañamiento durante este

proceso, así como también un proceso de sensibilización de la población masculina de los cambios y procesos que deben sufrir sus parejas.

- Seis de los siete casos tuvieron claridad absoluta del diagnóstico recibido, ya fuera propio o de su pareja y esto los empoderó para informarse más allá de lo que aprendían en la consulta médica. Fue común que aun cuando el factor residiera en el hombre o en la mujer de manera exclusiva, el diagnóstico y tratamiento fue asumido por la mayoría como de ambos, y en los casos en los que no fue por la evidente influencia de la sociedad patriarcal que fomenta la socialización por géneros. Por ejemplo, el impacto emocional fue más evidente en las mujeres, quienes presentaron mayores síntomas de ansiedad, depresión, desajuste emocional e incluso vergüenza pública al anunciar el diagnóstico o una eventual pérdida; y el impacto social fue más evidente en los hombres, quienes vieron atacada su masculinidad aunque el diagnóstico residiera en su esposa y socialmente lo que se les recomendó fue cambiar de pareja.
- Las diferencias por género también se hicieron evidentes respecto a la demanda personal de querer hijos o no en sus vidas, en función de experiencias previas ya fuera con hermanos o sobrinos, por una parte las mujeres consideraron ese antecedente como una gran motivación o la confirmación de su deseo de ser madres el cual se concibió muchas veces como una capacidad innata, mientras que los hombres lo consideraron como una experiencia que agotó en aquel momento su energía y disposición por ende la negación de esa posibilidad años después.

- Todas las vivencias asociadas al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, generaron implicaciones tanto positivas como negativas a lo interno y externo de la pareja, y les llevó a desarrollar mucha empatía con otras personas que así como ellos estaban pasando por esa experiencia, pero a diferencia de ellos no tenían los medios para costear esos tratamientos. Saber que no eran los únicos que estaban pasando por esa experiencia, motivó a algunas de esas mujeres al activismo público, formando parte de luchas sociales y políticas para visibilizar su condición y pedir al Estado que hacer valer sus derechos de atención a la salud sexual y reproductiva, los hombres por su parte destacaron la preferencia de mantener un perfil más bajo y privado.
- Se comprobó que los hombres recibieron la noticia del diagnóstico con recursos personales distintos a los de las mujeres, para ellos el saber que podría haber una solución concreta generó que se minimizara el impacto emocional sin desencadenar una crisis, mientras que las mujeres aun sabiendo que podía haber solución siempre la describieron como una crisis emocional.
- El proceso del diagnóstico y el tratamiento requirió para todos los casos, una aproximación a la condición desde una perspectiva médica, sin embargo se evidenció que no todas las personas lograron entender o dominar las explicaciones que les hicieron los especialistas en medicina reproductiva. Algunos hombres y mujeres, fueron muy proactivos en informarse bastante sobre la condición y su etiología, y mientras que otros y otras prefirieron quedarse con las explicaciones del médico.
- Las parejas creyeron que la experiencia del diagnóstico y el tratamiento iba a ser rápida y sencilla, fue común que no consideraran que les iba a tomar muchos meses

o incluso años el llegar a la última etapa de su proceso, hayan logrado conseguir el embarazo o no. Al darse cuenta que la naturaleza de su condición era diversa, compleja y les iba a tomar mucho más tiempo del deseado, fue común en las mujeres la aparición de sentimientos de duda que desencadenaban culpa y reproche hacia ellas mismas por no haber acudido al médico mucho antes, y ese pensamiento las hacía sentir convencidas de que de haber ido antes probablemente no hubieran tenido que pasar por lo que pasaban en ese momento o en el mejor de los casos ya hubieran podido ser madres. Esos sentimientos de culpa que arrastraban del pasado, desarrollaron en ellas conductas compulsivas manifestadas en desesperación de hacer cualquier cosa para lograr su cometido, y eso en algunos de los casos generó que se tomaran decisiones precipitadas en momentos de vulnerabilidad de las cuales se arrepintieron después, siendo una de las más delicadas la aceptación del uso del banco de esperma cuando ni siquiera había sido un tema que se hubiera conversado en pareja previamente, ni tampoco analizado las secuelas que iba a dejar en la vida de los futuros padres y de los mismos hijos.

- La naturaleza de la comunicación que las parejas desarrollaron entre sí una vez que empezaron con esta experiencia, fue un aspecto que caracterizó su discurso en las sesiones con las investigadoras. Fue evidente que las parejas que habían discutido o reflexionado sobre el tema muchas veces antes entre sí, rememorando cada etapa o experiencia y comunicándose las emociones experimentadas, tuvieron un discurso más fluido, detallado y estructurado, ambos parecían saber lo que el otro iba a decir, complementaban el discurso y se recordaban cosas entre sí, ayudándose mutuamente a reconstruir la vivencia del proceso.

- Fue claro que la complejidad y agravamiento de los procesos de duelo, correspondió en las tres poblaciones con el agotamiento de estrategias de afrontamiento. En el caso de las mujeres, a diferencia de los hombres, algunas llegaron a reconocer incluso los procesos de duelo, nombrándolos como lutos por las distintas pérdidas experimentadas, asimismo, en esa población las diferentes reacciones ante las fases de los duelos estuvieron más claramente definidas por emociones como la ira, enojo y tristeza, frente a la reacción masculina en donde la predominancia estaba en los sentimientos de frustración.
- Durante los procesos de duelo, en el caso de la población femenina y en el discurso de la voz conjunta de la pareja, hubo más claridad en interpretar los fracasos gestacionales sin importar la edad del producto como abortos, que en el caso de los discursos individuales de los hombres.
- Según lo reportado en los discursos de las personas participantes, se puede concluir que algunas parejas, después de recibir el diagnóstico tomaron aceleradamente la decisión de comenzar los tratamientos, o retomarlos en caso de fracaso de un ciclo de procedimientos, con la intención de buscar rápidamente soluciones a su problema. Sin embargo en la mayoría de ocasiones esta impulsividad en la toma de decisiones no permitió el espacio y tiempo necesarios para la elaboración de los diferentes duelos que acontecen, lo que en algunos de los casos decantó en sintomatología consistente con desajuste emocional.
- Con respecto a las estrategias de afrontamiento, la más utilizada por la población de mujeres entrevistadas fue el afrontamiento espiritual-religioso en total contraposición

con la población masculina en donde fue la menos empleada de todas. Cabe mencionar, que a diferencia de las mujeres, los hombres entrevistados no reportaron haber encontrado un consuelo o desahogo en prácticas específicas de tipo religioso o apoyo espiritual-religioso. Con respecto a la población masculina, la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la evitación de problemas, pese a lo cual las mujeres igualmente reportaron mayor utilización de esta que los hombres, mediante la evitación de distintas situaciones o cogniciones que las hacían recordar o revivir las emociones negativas asociadas a su diagnóstico de infertilidad, y sobre todo la evitación de actividades sociales relacionadas con honrar el proceso de embarazo.

- Sobre las estrategias de afrontamiento, vale destacar también que esta investigación aportó resultados importantes para la población de mujeres, que no fueron encontrados en la literatura consultada. En primera línea se concluye según lo analizado, que se presentaron sentimientos de autocrítica referidos a la culpa por considerar la opción de buscar a otra pareja diferente de su esposo para poder realizar su objetivo de la maternidad, así como también la culpa sentida por la influencia que ejercen algunas de las estipulaciones que ciertas religiones establecen con respecto a los procedimientos de reproducción asistida; aspectos que permiten llegar a la conclusión de que este Seminario de Graduación cumplió con el cometido de aportar conocimiento novedoso a esta área del saber. Asimismo, sucedió con las otras categorías novedosas que aportaron resultados para todas las poblaciones entrevistadas, entre esas se llegó a la conclusión de que la estrategia de afrontamiento paternidades y maternidades alternativas fue una de más empleadas en las tres poblaciones siendo común la vinculación especial con sus mascotas como un

proyecto de pareja. Con respecto a la alternativa de la adopción, hubo claras diferencias entre los hombres en los que la paternidad sí era parte de su proyecto de vida desde antes del diagnóstico, para los cuales estos sí era una opción viable incluso como la segunda estrategia a recurrir directamente si los tratamientos fracasaban, en comparación con aquellos para los que la paternidad no había sido una prioridad, para los cuales no era un opción atractiva. Sin embargo para las tres poblaciones, independientemente de su nivel de apertura al tema, las alternativas tanto de donación de gametos como de la adopción, fueron reportadas como últimas opciones a considerar en caso de que todas las alternativas de procedimientos con RMA con células de la pareja se hubieran descartado.

- Con respecto a las redes de apoyo, es importante destacar que de acuerdo a los resultados de esta investigación, se concluye que las mujeres entrevistadas le dieron más importancia al apoyo percibido de tipo emocional por parte de las personas especialistas a cargo de sus casos, que la población masculina cuyo énfasis estuvo en la importancia que reviste el apoyo provisto de tipo informativo e instrumental de parte de esa red. Con respecto al apoyo recibido de su pareja, la población de mujeres tendió a destacar el apoyo percibido y provisto de tipo instrumental, sin embargo hubo una importante valoración de las muestras de apoyo de tipo emocional de parte de sus parejas; en el caso de los hombres consideraron que el principal aporte de sus parejas era el apoyo de tipo emocional cuando así lo requerían. Asimismo, de forma concordante con lo desarrollado respecto a la influencia de los esquemas de socialización patriarcal, se hizo evidente que con respecto al apoyo brindado a su pareja, los hombres tendieron a centrar más sus esfuerzos en proveer apoyo de tipo

instrumental mediante acompañamiento y pago de medicamentos y servicios relacionados con los tratamientos, que con respecto al apoyo de tipo emocional.

- Las secuelas emocionales de la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad respondieron a la dinámica de socialización por géneros, al ser más común en las mujeres la permisividad de expresión emocional, por ende tuvieron un mayor reconocimiento de lo que sentían así como un reporte muy detallado de la manifestación de las mismas, en cambio en los hombres esas secuelas emocionales no fueron tan reconocibles o evidentes, y se acompañaron de una baja expresividad así como la evidente dificultad para reconocer en su experiencia cuándo, cómo y qué tanto les afectaron.
- En los hombres y las mujeres que en su sistema de creencias dieron a la maternidad y paternidad por sentados, fue más evidente la experimentación de mayores niveles de desajuste emocional, a diferencia de quienes no lo entendían de esa manera, pero sí querían experimentarlo en algún momento.
- En los hombres, la experimentación de tristeza reflejada en sentimientos de culpa, se manifestó más cuando no se obtenía el resultado esperado en los tratamientos, aunque sabían que la responsabilidad no era de ellos pero generaba que su pareja no se sintiera feliz. Y la ansiedad se manifestó más cuando a partir del fallo de los tratamientos, surgían cuestionamientos sobre el futuro y se visibilizaban muchas incertidumbres sobre lo que podría pasar.
- Las mujeres a diferencia de los hombres, desarrollaron actitudes de rechazo o celos hacia otras mujeres o parejas que sí habían logrado embarazarse, hacia tés de

canastilla o hacia espacios físicos en los que se vendieran cosas de bebés. Esto no fue tan evidente en los hombres quienes fueron un poco más prácticos utilizaron estrategias más racionales en aceptar su condición.

- Con respecto a las secuelas físicas producto de los tratamientos de la infertilidad se retoma que el principal impacto físico lo tiene la mujer por ser generalmente el foco de atención de los tratamientos hormonales siendo esta la persona de la pareja en la que origina la condición o no, teniendo entre las principales secuelas denunciadas por las participantes, el aumento de peso, el desgaste producto de las inyecciones hormonales diarias, retención de líquidos y síntomas gastrointestinales. En el caso de los hombres quienes no son sometidos generalmente a ningún tratamiento, excepto en el caso que el origen de la infertilidad sea masculina, en cuyo caso también podrían tener que experimentar alguna cirugía o secuelas producto del curso del tratamiento escogido, sin embargo valga resaltar que aún en estos casos, la mujer usualmente es también intervenida hormonalmente para estimular la producción de folículos y aumentar la tasa de éxito de los tratamientos, razón por la que las mujeres usualmente se ven afectadas de una y otra forma frente a la necesidad de la pareja de someterse a algún procedimiento de RMA.
- Según los resultados encontrados en los discursos de las personas entrevistada se llega a la conclusión de que de forma consistente tanto en hombres como en mujeres fueron más frecuentemente referenciadas las secuelas psicológicas o físicas de origen psicosomático que las secuelas exclusivamente físicas producto directamente del proceso de tratamiento por infertilidad.

- De acuerdo a los análisis sobre el impacto en el autoconcepto se llega a la conclusión de que en el caso de población masculina entrevistada especialmente para aquellos hombres en los que la paternidad no formó parte de su plan de vida anterior al diagnóstico, o en el caso en que el factor de infertilidad fue de origen masculino, hubo una mayor dificultad para hacer un manejo público del diagnóstico, sobre lo que se concluye se debe primordialmente por la influencia que ejerce la incorrecta creencia cultural de que la infertilidad está relacionada con una disfunción sexual. Esto tuvo un importante contraste con lo encontrado en los resultados de la población femenina de esta investigación, en donde pese a las importantes cargas sociales asociadas a la fertilidad como un referente de salud y consecuentemente de valía, estas en general lograron, pese a la exposición, declarar públicamente su condición de infertilidad. A pesar de lo anterior, en contraposición con lo expuesto por la población femenina entrevistada, los hombres ni como parte de su discurso espontáneo sobre la historia del diagnóstico, ni ante la pregunta directa, reconocieron una afectación en la forma en que percibieron el éxito de su proyecto de vida, negando cogniciones y emociones relacionadas con sentirse menos realizados en su proyecto de vida, que estuvieran directamente relacionadas con la incapacidad de ser padres sobre lo que se concluye que está mediado por el importante uso que hizo esta población de estrategias de afrontamiento evitativas, especialmente en relación a las emociones.

CAPITULO VI

Conclusiones

➤ Considerando que el primer objetivo de esta investigación fue instruirse teórica y metodológicamente en las temáticas vinculadas a la infertilidad, los antecedentes biopsicosociales que influyen en las reacciones ante el diagnóstico, las consecuencias que de éstas se generan y el papel de la Psicología ante esto. Se llega a la conclusión de que este objetivo fue cumplido en tanto los aprendizajes de las etapas de instrucción teórica, la exhaustiva revisión bibliográfica y trabajo de campo permitieron sentar las bases para la construcción de los resultados y el apropiado análisis de los mismos, así como una comprensión más clara del panorama y contexto socio-histórico y político que envuelve este tema, lo cual se observa en la construcción de este documento de memoria. Además, respecto al cumplimiento de este objetivo las investigadoras desean destacar las siguientes conclusiones:

- Siendo el presente TFG un Seminario, se concluye que esta modalidad tiene aportes significativos, principalmente con lo que respecta al requisito del espacio de instrucción teórica y metodológica. Este, permitió a las sustentantes, tener la posibilidad de capacitarse en las temáticas alusivas a la investigación a partir del criterio de profesionales, con lo cual se logró ampliar el conocimiento sobre esos temas no solo desde la perspectiva de la revisión bibliográfica, como suele hacerse en las otras modalidades; sino desde el testimonio de la puesta en práctica o trabajo de campo alusivo a dichos contenidos por parte de esos profesionales, quienes a través de sus

experiencias académicas y laborales, permitieron a las estudiantes tener una aproximación al tema de la infertilidad. Además la diversidad de perspectivas, también las dotó de herramientas para preparar el material más idóneo para la recolección de los datos, así como una noción más amplia del panorama que estaban por enfrentar al aproximarse el contacto con la población meta. Para las investigadoras, esa etapa es un excelente preámbulo para poder formarse de manera amplia ante casi cualquier tema que se aborde desde esta modalidad de TFG.

- A partir de las sesiones de discusión conjunta con las doce personas profesionales que participaron de la etapa de formación teórico-metodológica y de las actividades o espacios a los que se asistió como público o como observadoras, se llegó a la conclusión de que existe un importante vacío en la Psicología costarricense respecto al conocimiento del campo específico de Psicología de la Reproducción, si bien hay muestras de aplicación empírica de muchos de sus hallazgos, aún el abordaje de esta población requiere que el personal que las y los atiende tenga un conocimiento específico de la caracterización que la teoría ha logrado de esta población y de las variables específicas que anteceden y median la manera en que estas personas pueden interpretar sus experiencias.
- La consulta de la literatura a lo largo de toda la experiencia investigativa, permitió a las investigadoras, darse cuenta que falta mucho por sistematizar, ya que aunque se encontraron aportes importantes para muchos temas, la información solía ser repetitiva y a veces muy general, y para algunos temas

fue evidente incluso a nivel internacional la falta de estudios que permitieran ampliar al respecto. Además, a partir de la revisión específica de las investigaciones nacionales que desde la Psicología, se han enfocado en la comprensión del tema, se concluye que estas se han abocado únicamente por estudiar la vivencia de la población femenina, por lo que se considera que se ha dejado de lado la perspectiva de otros involucrados como por ejemplo la población masculina y también se ha infra valorado la experiencia de la pareja como conjunto, con lo cual se podría caer en el error de generalizar características que son propias de la forma en que la población femenina tiende a interpretar la experiencia, la cual como se reportó en esta investigación, puede tener grandes diferencias con la perspectiva masculina y obviar elementos propios de la interacción de la pareja.

- Se concluye que si bien la investigación aplicada fue posterior a las sesiones de instrucción teórico-metodológicas, el trabajo de campo fue quizás la etapa más formativa de este TFG, en tanto que por medio de las entrevistas a las personas participantes se pudo contrastar y ampliar lo aprendido en las sesiones y actividades de capacitación teórica y en la teoría consultada.
- Cabe reconocerse la relevancia que tuvo la instrucción teórico-metodológica y la revisión bibliográfica en la elaboración de la guía de entrevista semiestructurada, se concluye que sus apartados sirvieron adecuadamente para recopilar la información, desde la historia básica personal y de pareja, hasta los eventos muy particulares alusivos al diagnóstico, tratamiento, redes de apoyo, estrategias de afrontamiento individuales y de pareja, entre otros. A

pesar de lo anterior, las investigadoras reconocen que esta puede mejorarse, en caso que quiera reutilizarse, ya sea con fines clínicos o académicos.

- Profundizando en el rol que tiene la Psicología en el estudio de la infertilidad, cabe destacarse que además de la necesidad del acompañamiento reconocida por los sujetos de investigación durante la experiencia del diagnóstico y el tratamiento; las investigadoras consideran que es de visibilizar el compromiso que tuvieron las profesionales psicólogas entrevistadas desde el sector público de la salud, al tener que buscar las mejores estrategias para poder atender a la población que tenían a su cargo, aún sin ser especialistas en el tema. Su compromiso más allá de una directriz de sus jefaturas, se vio motivado por las convicciones personales y profesionales que la carrera promueve pero que no todos los profesionales cumplen, entre esas la ética del trabajo al poder atender de manera consecuente las necesidades de sus pacientes, razón por la cual los departamentos buscaron la manera de capacitarse. Ver cómo actualmente el Estado está por invertir para su capacitación especializada, es un motivo que debe llenar de satisfacción al gremio y en este caso particular a las investigadoras como futuras colegas.

➤ Partiendo que el segundo objetivo específico de esta investigación indicaba que se indagarían los posibles antecedentes biopsicosociales de las interpretaciones que hombres, mujeres y parejas, hacían del diagnóstico de infertilidad. Se concluye que a partir de lo analizado en los resultado y de la construcción de las tres familias teóricas descritas y sus once categorías, las investigadoras alcanzaron evidenciar que la descripción otorgada a la superfamilia Antecedentes logró su cometido, al reflejar la descripción de aquellos

estímulos ambientales externos como eventos o experiencias previas que modelaron los patrones cognitivo-conductuales de los sujetos participantes, entre esos sus características personales, familiares, condiciones educativas, de salud, socioeconómicas y culturales. Además se pudo comprobar y evidenciar la forma en que la mayoría de los factores descritos a los que estuvieron expuestos los sujetos de investigación antes de recibir el diagnóstico de infertilidad, permearon de manera muy específica la forma en la que interpretaron la experiencia de su propio diagnóstico y tratamiento o el de su pareja.

- Tomando en consideración de que el tercer objetivo de investigación indicaba descripción de las interpretaciones que hombres, mujeres y parejas, hacen del diagnóstico de infertilidad. Se llega a la conclusión de que mediante el análisis de los resultados y la construcción de en las cinco familias teóricas y las veintitrés categorías, las investigadoras lograron representar adecuadamente el sistema de creencias y las consecuentes valoraciones subjetivas que determinaron la manera en que cada sujeto entrevistado percibió la experiencia no solo del diagnóstico, sino también del tratamiento de la infertilidad propio o de su pareja, con base en la influencia de los estímulos ambientales externos descritos en los antecedentes.

- Contemplando que el cuarto objetivo de investigación señalaba la identificación de las consecuencias que se generan de las interpretaciones que hombres, mujeres y parejas, hacen del diagnóstico de infertilidad. Se llega a la conclusión, de que las investigadoras, mediante la construcción de las cinco familias teóricas conformadas por un total de catorce categorías de esa superfamilia teórica, a partir de lo analizado en los resultados, lograron

la identificación apropiada y detallada de las reacciones emocionales o conductuales que tuvieron los sujetos de investigación en los planos físico, psicológico y social, según las interpretaciones que hicieron sobre el diagnóstico de infertilidad propio o de su pareja y el respectivo tratamiento. Asimismo, se logró describir los cambios que a partir de esas consecuencias, estas personas decidieron hacer para procurarse mayores grados de comodidad y satisfacción física, psicológica y social.

- Partiendo de que el quinto objetivo de investigación requería contrastar las interpretaciones del diagnóstico de infertilidad con los antecedentes y consecuencias de éstas entre hombres, mujeres y parejas. Se considera que el presente documento es un reflejo de la óptima, cuidadosa y seleccionada sistematización de la información, la cual logró destacar los puntos comunes e interconexiones, así como las claras diferencias de las poblaciones en cuanto a su forma de interpretar las experiencias, los factores antecedentes que las y los mediaron según la socialización de género y las consecuencias particulares y comunes. Asimismo, se llega a la conclusión que partiendo de que las investigaciones nacionales antecedentes han dejado de lado la perspectiva la población masculina y también se ha infra valorado la perspectiva de la pareja como conjunto, se llega a la conclusión que la presente investigación, logró además permitir hacer visible la experiencia del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad desde las tres perspectivas de las personas involucradas, siendo esto un avance importante para el público nacional que se siente identificado con el tema tengan o no el diagnóstico, para la academia y para el país, ya que es la primera investigación en la que las voces masculinas están tomadas en cuenta y la vivencia de la pareja es expuesta como un mundo subjetivo aparte y distinto al aporte individual que cada miembro por su lado brindó.

Aparte de las conclusiones reportadas anteriormente, las cuales correspondieron de manera específica a cada objetivo investigativo, también es necesario destacar otras que refieren a distintas reflexiones de las investigadoras sobre la diversidad de aspectos que permearon la experiencia investigativa. Al respecto se destaca que:

- De acuerdo con los principales hallazgos de esta investigación, se hace necesario visibilizar que la Reproducción Médicamente Asistida es un recurso al que muchas personas y parejas han acudido de manera más frecuente en los últimos años, de modo que esto obliga a las sociedades a ir modificando sus ideologías y ampliando sus recursos para atender de manera más integral, las necesidades y derechos de sus ciudadanos. Tener una respuesta a las demandas sociales más actuales, requiere dejar de lado las concepciones tradicionales asociadas al tema de interés. En este caso las percepciones tradicionales sobre la maternidad y la paternidad y en función de esas el significado atribuido a la pareja, han ido ampliándose para dar lugar a resignificaciones de esas experiencias en prácticas alternativas como la adopción, la donación de gametos, la posesión de mascotas o el cuidado de los sobrinos; ante la dificultad de la concepción natural. En ese sentido, las TRA y otras prácticas, han evidenciado públicamente el derecho de las personas a decidir de manera libre pero responsable, sobre sus cuerpos, su vida, sus proyectos y así poder estar más cerca de alcanzar sus mayores grados de satisfacción, en este caso respecto a su salud sexual y reproductiva. Pero para que esto pueda darse en los mejores términos y condiciones, el país debe crear políticas en donde se reconozca la promoción de esas alternativas, y en donde se protejan esos

derechos de modo que el siguiente paso que sería su abordaje, se pueda dar bajo un marco de seguridad en donde no se transgreda ni el bienestar personal, ni el de pareja, ni los principios bioéticos asociados a las prácticas.

- Parte de la responsabilidad que deberían tener profesionales en el campo de la psicología, es proponer para el país tanto en la atención pública como privada, un perfil psicológico de las personas que son o no candidatas para el tratamiento según sus antecedentes biopsicosociales, ya que de acuerdo con lo analizado por las investigadoras existe una serie de factores que hacen que algunas personas puedan sobrellevar esta experiencia con mejores recursos personales y de pareja, y esto es un factor protector de las eventuales consecuencias que ya de por sí la experiencia como tal puede generar. Además, las investigadoras consideran que la intervención de los profesionales en Psicología debe ser obligatoria para quienes consulten por la atención de su salud sexual y reproductiva ante este diagnóstico, también la disciplina debe ser parte de un equipo de atención integrado por otros profesionales ya sea a nivel público o privado para así hacer abordajes integrales, y la consulta debe darse separada de la consulta médica, ofreciendo espacios tanto para la atención individual como de pareja en donde los ejes de atención estén enfocados inicialmente en la psicoeducación sobre la condición para luego pasar a una etapa de evaluación, la cual permita al profesional identificar los recursos y estrategias individuales como de pareja, y poder así pasar a la intervención al haber determinado según cada caso el curso del acompañamiento una vez que se inicien los tratamientos. Extendiendo la

responsabilidad de la psicoeducación respecto al tema, sería muy conveniente además propiciar espacios terapéuticos grupales.

- Los Derechos Humanos son universales, inalienables, irrenunciables, intransferibles, imprescriptibles, e indivisibles y el Estado tiene la responsabilidad de actuar para promoverlos y protegerlos cuando son transgredidos en una persona o grupo de personas que tienen intereses en común. Las personas diagnosticadas con infertilidad, han visto transgredidos una parte de sus derechos humanos debido a su condición, la cual corresponde a los derechos sexuales y reproductivos al no atenderse sus necesidades de una forma gratuita o costada por el Estado y de una manera integral sin que vean transgredidas su integridad y dignidad humanas al no poder lograr una supuesta función biológica innata por la vía natural. Dado esto, las investigadoras concluyen que en Costa Rica, deben reforzarse los documentos que hablen sobre derechos sexuales y reproductivos ya que no todos hacen mención a los temas de infertilidad o a la RMA como una opción viable para quien los necesite, convirtiéndose en un acceso limitado a un sector pudiente de la población que puede costear los servicios en el sector privado de la salud o fuera del país, asimismo crear nuevas leyes, políticas públicas y decretos que en función del derecho a procrear, para quienes así lo deseen, pueda tenerse el acceso a los servicios más idóneos de atención a su salud, con la tecnología más actualizada y con el menor riesgo posible, teniendo como una de las principales premisas la urgencia en los tiempos de acción porque como se sabe, la edad biológica de la mujer es un factor determinante en la

posibilidad de aplicación de las técnicas y en el éxito de las mismas. En este sentido, se debe hacer un llamado a la población para un mayor o más evidente posicionamiento en luchas sociales por los distintos derechos que se supone están reconocidos y no se ponen en práctica o por lo que aún no se reconocen jurídicamente. Al respecto, los profesionales en Psicología deben tener mayores aproximaciones teóricas y prácticas a esa lucha política, legal y social, ya que independientemente del ámbito en el que se desenvuelvan, deben ser promotores de psicoeducación a la población en materia de derechos y en el empoderamiento y la motivación para la lucha y defensa de estos, por lo que es deber de la disciplina acercarse más al marco legal, informarse, entenderlo y ser transmisor de su importancia y de la obligación del Estado de respetarlos y hacerlos cumplir, así como de las y los individuos de defenderse ante las violaciones a estos.

- Mediante lo observado y aprendido durante el contacto con las doce personas que participaron de las entrevistas a profundidad, se analizó que pese a que el encuadre del espacio fue siempre desde la investigación y jamás desde una perspectiva terapéutica, las y los participantes indicaron constantemente que el espacio les permitió desahogar sus emociones y cogniciones, reflexionar sobre su experiencia e incluso tomar decisiones para beneficio individual y de pareja. Por tanto, las investigadoras concluyen que existe una inminente y real necesidad por parte de esta población de espacios de escucha y diálogo, ya sean individuales o grupales, que faciliten la contención y atención

especializadas desde el campo específico de la Psicología con énfasis en Psicología Reproductiva.

- Se llegó a la conclusión de que como parte de los aportes teóricos de este TFG a la comprensión científica de la interpretación de un proceso de diagnóstico y tratamiento por infertilidad, está el haber encontrado y reportado que principalmente las mujeres entrevistadas indicaron la importancia que tuvo el conocer e interactuar con otras personas que como ellas, atravesaron la misma situación con respecto a la infertilidad, como una forma de certificación de las interpretaciones que estas hacían de su experiencia, además por permitirles normalizar su condición al dejar de sentirse aisladas o anormales, recurso al que pudieron acceder informalmente mediante las conexiones que permiten las redes sociales. A partir de lo analizado, se llega a la conclusión de que este es un elemento fundamental que permite vislumbrar la necesidad y aplicabilidad de espacios de intervención desde la Psicología, ya sea mediante terapias grupales e incluso con espacios que promuevan sesiones de apoyo grupal de tipo comunitario, como existen de forma regular en otros países y que además actualmente es escasa la literatura que referencia sobre este las características de este fenómeno de validación grupal, razón que una vez más refuerza la deuda que tiene la investigación en Psicología con respecto a esta población.
- La depresión postparto o los trastornos de ansiedad, son un riesgo que debe considerarse tanto de parte de los equipos terapéuticos como por parte de las personas diagnosticadas, ya que sobre todo en el caso de aquellas mujeres con

un historial previo de síntomas depresivos o ansiosos, la cantidad de hormonas a las que se ven expuestas y los importantes ajustes emocionales que deben hacer durante un tratamiento por infertilidad, pueden actuar como factores de riesgo. Aunque hay investigaciones que no reconocen la depresión post parto como un eventual factor de riesgo, para las investigadoras según lo visto y analizado en esta experiencia, aspectos que acontecen antes, durante e incluso después del parto, sí inciden en una mayor tendencia a que aparezca dicha condición, siempre y cuando se vean reforzados por aspectos relevantes en la historia de vida de la mujer que moldearon su personalidad de cierta manera, dotándole de ciertos esquemas emocionales, cognitivos y conductuales. También cobran relevancia aspectos como la historia de la pareja y los vínculos entre ambos, las presiones asociadas a la edad, las capacidades socioeconómicas, el tipo o naturaleza de las redes de apoyo tanto sociales como familiares, la condición laboral y el proyecto de vida.

- Pese a los importantes avances sociales sobre la autonomía de las mujeres respecto a algunas elecciones vitales como la búsqueda de la maternidad, esta decisión, o en el caso de la infertilidad la imposibilidad de llevarla a cabo, continúa siendo un tema de gran importancia para muchas de las entrevistadas en cuanto a su percepción de que el logro de la maternidad está relacionado con un indicador social de éxito personal, lo cual, como era de esperarse bajo el mismo parámetro de la influencia social, se evidenció de forma contraria en lo expresado por los hombres entrevistados. Sobre lo anterior y desde una perspectiva más social, las investigadoras concluyen que también es válida la

posición de un sector de la población respecto a las RMA en tanto se considera que el peso de la maternidad como mandato social hace que las mujeres lleguen a medidas tan extremas (física, económica y socialmente) a través de procedimientos como la IA o la FIV para lograr cumplir con dicha expectativa socialmente impuesta, llegando a poner en evidencia que el supuesto de que la mujer tiene que ser madre a cualquier costo. Desde un enfoque de derechos, las investigadoras concluyen que se debe iniciar, en primera instancia, por respetar el derecho a decidir de las personas, independientemente de la razón que esté detrás de sus decisiones y una vez que esté asegurada la autonomía de las personas y su derecho a decidir sobre su vida privada, entonces se puede trabajar desde las más jóvenes generaciones y en la sociedad en general para que estas decisiones se basen en deseos personales razonados y no en mandatos sociales, que como bien se observó en esta investigación, terminan impactando negativamente muchas veces, muchos ámbitos de la vida de la persona o personas afectadas.

- El importante interés que tuvieron las personas entrevistadas en asegurarse de que algunas de sus recomendaciones estuvieran disponibles para que sus pares pudieran consultarlas tal como ellos hubieran querido al tener un documento para esto, permitieron reforzar la conclusión de que la rama de la investigación en Psicología tiene la deuda de invertir mayores esfuerzos en caracterizar y sistematizar las vivencias de estas poblaciones con el fin de generar documentos científicos y contextualizados de información que sean accesibles al público meta y sus familiares.

- Este Seminario, el mayor reto que presentó fue tener que encontrar un tema que pudiera ser estudiado desde diferentes perspectivas las cuales debían llevar a resultados en común, y la mayor ventaja que presentó fue que la manera en que se plantea la memoria final da pie a una organización de la información mucho más flexible que otras modalidades y consiste más que un reporte de datos, en una memoria de lo acontecido a lo largo del proceso investigativo que permite visibilizar los nuevos datos que se aportan a la teoría.
- La marcada e histórica división teórica a lo interno de la formación de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, dificulta de forma importante la iniciativa de investigaciones, que como la presente, intentan innovar mediante el abordaje de los fenómenos de estudio desde modelos teóricos que tradicionalmente no han sido abordados desde ciertos enfoques metodológicos. En este caso particular fue reiterado el cuestionamiento de las investigadoras ante su propuesta de comprensión del tema principal integrando el modelo teórico cognitivo-conductual con el de Derechos Humanos, desde un enfoque cualitativo de investigación, el cual fue en este caso la vía para tener una comprensión más exhaustiva y detallada del tema principal.
- Otro de los aspectos importantes de resaltar tiene que ver con la propuesta integrada de modelos teóricos elegida para esta modalidad de TFG. El choque paradigmático suele ser de las situaciones más comunes dentro de la disciplina de la Psicología, ya que por lo general los planteamientos de un enfoque han

sido considerados como opuestos a los de otros, sin que esto sea totalmente cierto. De modo que son pocas las ocasiones en las que se visibilizan los encuentros en común que podrían tener, siendo posible que a partir de esto se genere una visión de la disciplina mucho más enriquecida y que permite por lo tanto acercarse a la comprensión de ciertos fenómenos de una manera más amplia. Esta investigación, aunque estuvo enmarcada de manera predominante en un enfoque de Psicología de la Salud, pudo hacer integraciones importantes de ciertos planteamientos más afines a, o más estudiados por la Psicología Social, como lo son el Enfoque de Género o los Derechos Humanos, temas que eran necesarios de visibilizar porque sin ellos no se hubiera tenido una profundización en la comprensión del tema principal, ya que son inherentes al mismo. Para lograr esa profundización integrada en el estudio de la infertilidad, las investigadoras eligieron adrede a un equipo asesor diverso y especializado en: psicología de la salud y modelo cognitivo conductual, psicología social y derechos sexuales y reproductivos, y psicología clínica en el contexto de la atención a la salud pública nacional. Todas las etapas del proceso investigativo, fueron experimentadas bajo la integralidad de los aportes.

- Se desea dejar constancia de que según la experiencia de las sustentantes, actualmente persiste una pobre definición sobre esta modalidad de TFG tanto en el reglamento universitario como en el entendimiento general de este por parte de los docentes de la Escuela de Psicología, lo que da cabida para interpretarse de maneras diversas, dependiendo casi exclusivamente de la

opinión de cada persona que lo lea. Durante la experiencia de las sustentantes, se pudo comprobar que esta modalidad está tan poco definida, que tiene variantes muy amplias dependiendo de la visión de cada Escuela o Facultad de la misma universidad, derivando en que existan considerables diferencias en la forma en que las Memorias de Seminarios anteriores han sido reportadas. Por lo que se concluye que esto es parte de las razones principales de que es una de las modalidades menos conocidas, más complejas de plantear/justificar y por ende menos realizadas, también el desconocimiento sobre el mismo, generó trabas burocráticas que obstaculizaron la fluidez del proyecto desde el inicio hasta el final. Todos estos aspectos van en contra de la intención real que debería tener un TFG, el cual se supone debe ser una vía que facilite la conclusión de los procesos académicos.

CAPITULO VI

Recomendaciones

Al campo de la Medicina y Psicología Reproductiva:

- Considerando los reportes de las reflexiones de la experiencia que compartieron las personas participantes, se hace la recomendación de que las personas especialistas en medicina reproductiva presten mayor importancia a la atención de la parte psicológica del tratamiento y no sólo se considere una intervención extraordinaria en caso de sintomatología de desajuste emocional grave, lo cual además se relaciona con los resultados encontrados respecto a las manifestaciones que de forma consistente las tres poblaciones hicieron sobre el reconocimiento del proceso de entrevistas a profundidad realizadas para esta investigación como un espacio que les permitió por primera vez la posibilidad de compartir y discutir sus opiniones y emociones respecto al tema. Esto sumado a la urgencia de la intervención de la Psicología en la valoración y el apoyo psicológico a esta población, como una parte integral del abordaje de sus tratamientos.
- Invertir recursos para seguir fomentando la investigación en el campo de la salud reproductiva, sistematizando la información y haciéndola pública y de acceso no solo al sector académico sino a su población consultante. Nuevas investigaciones podrían enfocarse en poblaciones no estudiadas como por ejemplo, población en diversidad sexual, personas que se han practicado otros procedimientos de RMA distintos a los abordados en esta investigación, personas que han logrado o no su objetivo de la maternidad y paternidad tras acudir a la donación de gametos o

adopción y personas que a pesar de haberse realizados tratamientos no pudieron concretar su paternidad y maternidad y optaron por una vida sin hijos.

- Se debe incentivar a realizar otro tipo de investigaciones que se enfoquen en conocer de forma longitudinal, la evolución del parentaje en padres y madres que lograron cumplir ese deseo a través de la RMA. En donde se pueda correlacionar la vinculación afectiva y/o las conductas de cuidado entre los estilos de parentaje de estas parejas y otras que han logrado concebir naturalmente.
- Ahora que empieza el sistema de salud nacional tanto público como privado ampliar su abordaje al incluir la FIV, sería bueno que en la misma medida que suceden estos avances y actualizaciones, los centros, clínicas y hospitales creen a su vez comisiones para sistematizar las experiencias de sus pacientes, idealmente reportándolo de manera diversificada para hombres, para mujeres y para la pareja. Esto permitiría visibilizar y contrastar las eventuales diferencias de las experiencias de la atención tanto a nivel público como privado; lo cual sería un paso importante en la unificación de esfuerzos para beneficiar a la población afectada por este diagnóstico, esto como una meta país y no como una meta individual de cada sector.
- Se recomienda que el o la profesional en Psicología sea parte obligatoria de los equipos interdisciplinarios que abordan la infertilidad en clínicas, centros u hospitales públicos y privados, de modo que idealmente desde el enfoque especializado de la psicología de la reproducción se logre trabajar desde distintas y complementarias direcciones como puede ser: la evaluación antes de iniciar

procedimientos de RMA para la adecuada detección de pacientes con riesgos de desarrollar problemas emocionales; labores de contención psicológica para mejorar la calidad de vida de las personas que son diagnosticadas y/o tratadas; asesoría y acompañamiento psicológico en la toma de decisiones sobre el cese de tratamientos y la valoración de otras alternativas como la realización de técnicas con gametos donados, la adopción o la vida sin hijos; acompañamiento cuando los tratamientos fracasan o cuando tienen éxito, ofrecer el apoyo necesario por los ajustes emocionales que se deben hacer durante el embarazo, entre muchas otras posibilidades de abordaje.

- Según lo comentado por las y los participantes de este estudio, las investigadoras consideran que la labor psicológica en los centros privados de fertilidad debe mejorarse, así como extenderse a más centros de atención a la salud. El trato debe ser más sensible y respetuoso con ellas y ellos, ya que es requerido para mantener su motivación y evitar un incremento sobredimensionado de emociones como la ansiedad y el estrés. La psicóloga o psicólogo a cargo, no debe limitar sus intervenciones a su presencia en las sesiones médicas como acompañante de la persona especialista en medicina reproductiva, sino que debe encontrar otros espacios para atender a estas personas tanto individualmente como en pareja y en grupo desde su especialidad.
- Todos los profesionales que trabajen con esta población, deben adecuar su atención y forma de comunicarse según las características de la persona o pareja que consulta, su contexto socioeconómico y educativo debe ser un parámetro para distinguir la forma en que se les deben explicar los procedimientos. El uso de

lenguaje técnico es importante en la medida que fomenta la psicoeducación en el tema, sin embargo deben aclararse los conceptos utilizados, asegurándose que las personas entendieron de lo que se les estaba hablando, de que tienen claro el panorama de todos los procedimientos que se tendrían que hacer, así como de los costos de algunos procedimientos fijos e inclusive de otros que puedan presentarse de manera inesperada.

- Se recomienda que los protocolos médicos sean revisados en cuanto a costo beneficio de la forma y momento en que se prescriben algunas pruebas diagnósticas o de descarte, contemplando aspectos biopsicosociales del impacto que tienen los tratamientos para la infertilidad en los pacientes y no solamente considerando los aspectos biomédicos. Esto aunado a la hecho de que existe mucho que mejorar en cuanto a la especificidad con la que algunas personas especialistas en medicina reproductiva explican al inicio del tratamiento aspectos como la duración en tiempo real de los diferentes procedimientos de RMA, los costos contemplando los tratamientos imprevistos y sus potenciales erogaciones adicionales, sobre los riesgos reales de abortos de repetición, sobre las posibilidades de trastornos comórbidos como trastornos de ansiedad, o depresión postparto producto de la sobreexposición hormonal y sobre todo las explicaciones exhaustivas sobre las tasas de éxito controlando las distintas variables (por edad y embarazo con nacido vivo entre otras) y no solo las tasas de éxito de embarazo.
- Se recomienda sumar a los recientes esfuerzos en pro de los derechos de la población con infertilidad, la creación de campañas públicas para concientización sobre esta condición, de manera que desde un marco de Derechos Humanos, se

logre sensibilizar a la comunidad costarricense sobre las causas y consecuencias biopsicosociales de la infertilidad. Marchas o manifestaciones públicas, así como la elección de una fecha para conmemorar estas luchas, sería un paso que la sociedad costarricense necesita dar.

Al sector académico:

- El sector académico del país, se les recomienda tener un mayor compromiso en el campo de la investigación, asegurando que los recursos económicos e intelectuales que se inviertan sean para realizar investigaciones de relevancia académica y también accesible al público general. Se invita a incentivar la sistematización de experiencias que aporten datos importantes en torno al abordaje de la infertilidad, ya que el reporte de estos avances es lo que abre paso a la documentación y a la puesta en práctica de proyectos que podrían ser muy beneficiosos para el sector meta.
- Se invita a la academia, principalmente las instituciones de educación superior estatales dado su renombre e impacto político-social, a generar espacios de discusión y divulgación sobre las temáticas relacionadas a infertilidad, psicología de la salud y derechos sexuales y reproductivos, áreas que se verían beneficiadas por ponencias, congresos, foros, mesas redondas, cursos de verano e incluso la apertura de cursos optativos que ciertos programas de estudios podrían contemplar para actualizar su oferta académica de cara a la realidad nacional.
- A la Universidad de Costa Rica, se le insta a construir de un perfil más claro sobre la modalidad de Seminario en su reglamento de Trabajos Finales de Graduación,

y a la Escuela de Psicología a capacitar a sus docentes, en una perspectiva unificada que desde la escuela se plantea sobre esta esta modalidad, de modo que las y los docentes tengan un conocimiento claro y homogenizado para que puedan brindar asesoría apropiada a sus estudiantes si esta fue la modalidad elegida, para de esta manera evitar hacer pasar a los estudiantes por problemas innecesarios.

A las personas que formaron parte de esta investigación:

- Es importante que aun cuando ya hayan pasado por un protocolo de atención ya sea a nivel público o privado, dentro o fuera del país, puedan seguir haciendo visible la lucha que durante mucho tiempo llevaron en silencio, como una forma de alzar la voz por otros que están pasando por lo mismo que ellos pasaron o están prontos a experimentarlo. No hay mejor referente para las personas que están pasando por eso, que escuchar a quienes ya superaron esa “prueba de fuego” como ellos y ellas suelen decirle a la experiencia, se haya logrado concretar la meta de ser padres y madres, o no.

A la generalidad de la población diagnosticada con infertilidad:

- Entre las sugerencias indicadas para personas y parejas en el proceso, urge concientizar sobre la importancia de que las parejas dialoguen en todo momento, la comunicación es la clave para que la experiencia se sobrelleve de la mejor manera posible. El comunicar sus emociones y opiniones personales incluso antes de recibir el diagnóstico, les va a fomentar el compañerismo, solidaridad y empatía entre sí mismos a lo largo del proceso.

- Es importante también que, las parejas puedan conversar sobre el tema de las paternidades o maternidades alternativas, ya que como se observó, son temas que suelen tomarlos por sorpresa en la consulta, ya cuando ven limitadas las posibilidades de concretar su deseo con las células propias. Conversar sobre la adopción, la posibilidad de realizarse los tratamientos de RMA con donación de gametos o incluso sobre la posibilidad de una vida sin hijos, permitiría a la pareja saber desde un principio cuál sería un eventual plan B en caso que no logran concretarse los tratamientos iniciales, y a los profesionales a cargo les daría una perspectiva más amplia sobre sus expectativas y podrían enfocar su trabajo también a partir de ello.

Limitaciones

- El acercamiento a la comprensión de la experiencia de recibir el diagnóstico y tratamiento de infertilidad en los hombres, mujeres y parejas que formaron parte de esta investigación, se tuvo desde una visión muy específica acorde a las características particulares de esta población. Sus condiciones sociales, económicas, educativas y culturales, determinaron una forma muy particular de asumir esa experiencia, la cual es vivida de manera muy distinta para poblaciones que tienen o están marcadas por otras condiciones de vida. Si bien acercarse a las experiencias de esta población fue un gran avance para comprender mejor cómo enfrentaron las etapas del diagnóstico y el tratamiento, no son resultados que puedan en su totalidad generalizarse a toda la población costarricense que ha recibido este diagnóstico, no solo por la naturaleza del enfoque investigativo sino por las particularidades específicas de este grupo.

- Las circunstancias que se presentaron a lo largo de la investigación tanto a lo externo como a lo interno del equipo por razones fuera del alcance de las sustentantes, tales como el conocimiento sobre la marcha de la naturaleza del seminario, la deserción de una de las sustentantes, diversidad de circunstancias burocráticas con los centros médicos y la universidad, la extensión en los tiempos del trabajo de campo, la gran cantidad de información obtenida la cual se decidió ser considerada en su totalidad, la sistematización minuciosa de la información, la necesidad de ir más allá de lo planteado en los objetivos iniciales para poder contextualizar el progreso del tema en el país, entre otros; hicieron que el trabajo pudiera verse reflejado en la memoria del seminario hasta tres años después de haberlo iniciado, situación que es atípica y que no debería presentarse tan a menudo. El TFG en lugar de un obstáculo debería ser un logro de fácil alcance para graduarse.
- Siendo el campo de la Psicología de la Reproducción un campo prácticamente ausente en Costa Rica, no hay aún en el país personas profesionales especialistas que pudieran haber proporcionado un espacio formativo con información directa, específica y contextualizada de las características de esta población, por lo que la construcción del espacio de formación teórico-metodológica tuvo que ser construido con el aporte de diversos profesionales que si bien no tenían especialización en este campo, desde sus áreas de experiencia compartieron elementos que permitieron construir una aproximación prospectiva al tema. Lo cual representó una limitación en tanto estos profesionales no eran expertos en el tema.

- Se debe reconocer la dificultad de acceder al colectivo de parejas infértiles existentes en la población general, considerando que en muchos casos se desconoce por parte de la pareja esta situación, y en otros se cubre con el silencio por el tabú social que implica.
- Esta investigación es de las pocas que se han realizado sobre el tema en el país y aunque pretendió hacerse de la manera más completa posible, siempre existirán temas que merezcan ser ampliados en estudios posteriores idealmente con un enfoque metodológico que permita el manejo de muestra más significativa y variada.
- Debido a las características en la forma en que fueron aplicados los instrumentos IEA, DERA, BDI-II e ISRA, las cuales se explicaron en el Marco Metodológico, estos pudieron utilizarse exclusivamente como estrategia de triangulación de la información, lo cual aunque permitió indagar en algunos temas y dar un esbozo general de los principales temas que sobresalieron, limitó la posibilidad de ampliar los resultados con base a los baremos específicos que brindan estas pruebas.

Referencias Bibliográficas

- Aflakseir, A. y Mahdiyar, M. (2016). The Role of Religious Coping Strategies in Predicting Depression among a Sample of Women with Fertility Problems in Shiraz. *Journal Of Reproduction & Infertility*, 17(2), 117-122.
- Agarwal, A. y Allamaneni, S.S.R. (2004). Alteraciones de la cromatina espermática en la etiopatogenia de la infertilidad masculina. *Rev Int Androl*, 3(1), 31-7.
- Albornoz, C. (2014). Una mirada psicológica a la ovodonación y la alternativa de revelar o no la historia de concepción al futuro hijo. *VOX JURIS*, 24(2), 51-66.
- Alfaro, F. (2005). *Manual de intervención dirigido a profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres que padecen trastornos afectivos en el postparto*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V-TR (2013)*. Masson. [Versión electrónica]
- Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C., y Ávila, A., (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 167-175.
- Arce, M. (2011). La pérdida de la esperanza de dar vida (Tesina, Asociación Mexicana de Educación Continua a Distancia, México D.F, México). Disponible en <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/80%20La%20perdida%20de%20esperanza.pdf>

- Asociación Demográfica Costarricense. (2015). II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. San José, Costa Rica.
- Baccino, G. (2012). Familias receptoras de gametos. ¿Por qué es importante que el niño conozca sus orígenes? En Roca, M., y Giménez, V. (Ed.), Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida. (pp.107-114). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- Bagnarello, F. (2015). Fertilización In Vitro: conceptualización. *Revista Parlamentaria*, 21 (1), 205-247.
- Bahamondes, L., y Makuch, M. (2014). Infertility care and the introduction of new reproductive technologies in poor resource settings. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 12(87), 1-7.
- Barbosa, M., y Angelo, M. (2016). Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. *Enfermería Global*, (42), 232-255.
- Basu, S. (2014). Psychological Stress and Male Infertility. En S. S du Plessis, et al (Eds.), *Male Infertility: A Complete Guide to Lifestyle and Environmental Factors*. (pp. 141-158). New York, EEUU: Springer-Verlag.
- Bhat, A., y Byatt, N. (2016). Infertility and perinatal loss: When the bough breaks. *Current psychiatry reports*, 18(3), 1-11.
- Borrás, S. (2006). Aspectos Psicológicos. En G, Pagés y J, Aller. (Eds.), *Infertilidad: fisiología, diagnóstico y tratamiento*. (pp. 549-570). Caracas, Venezuela: Amolca

- Branon, L. (2010). *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health*. Wadsworth, Cengage Learning.
- Brenes, G. y Montero, R. (2013). *Descripción de los factores de riesgo reportados en la consulta de infertilidad durante el año 2010 en el Hospital México*. Tesis para optar por el posgrado de ginecología y obstetricia. Sistema de Estudios de Posgrado. CCSS. CENDEISS. Universidad de Costa Rica.
- Cabero, J. y Llorente, M. (2013). La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información (TIC). *Eduweb Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 7 (2), 11-22.
- Calderón, C. (2015). *Revisión sistemática sobre los factores psicológicos asociados a la infertilidad y la subfertilidad*. Tesis para optar por la especialidad de Psicología Clínica. Sistema de Estudios de Posgrado. Programa de Especialidades en Ciencias Médicas. Universidad de Costa Rica.
- Campagne, D. (2008). El estrés:¿ en qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse?. *Papeles del psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 29(2), 197-204.
- Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D. y Valencia, M. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista AQUICHAN*, 7 (1), 8-24.
- Cano, F. J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(1), 29-39.

- Cano-Vindel, A y Miguel-Tobal, J. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 111-121.
- Cano-Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y estrés*, 9(2-3), 203-229.
- Cano-Vindel, A. (2010). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 75-97.
- Carreño, J. y Morales, F. (2016). Revisión: La familia política como factor de conflictos en la pareja con esterilidad. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(2), 82-89. doi:10.1016/j.rprh.2016.06.002.
- Carreño, J., Morales, F., Sánchez, C., Henales, C. y Espíndola, B. (2007). Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles. *Ginecol Obstet Mex*, 75, 133-141.
- Castañeda, E. y Bustos, H. (2001). La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatol Reprod Hum*, 15(2), 124-132.
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-35.
- Chatziandreou, M.; Madianos, M. y Farsaliotis, V. (2003). Los factores psicológicos y de personalidad y el tratamiento de la fertilización “in vitro” en la mujer. *Eur. J. Psychiat*, 17 (4), 210-219.
- Cienfuegos, Y., y Díaz-Loving, R. (2011). Red social y apoyo percibido de la pareja y otros significativos: una validación psicométrica. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 27-39.

Código de Familia de Costa Rica. (s.f). Ley N.º 5476 de La Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Recuperado de: http://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_Familia_Costa_Rica.pdf.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994). Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos.

Constitución Política de la Organización Mundial de la Salud (2006). Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (26 de febrero de 2016). Supervisión del cumplimiento de la sentencia, SERIE CON.257. [Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica].

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (28 de noviembre de 2012). Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, SERIE CON.257. [Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica].

Covington, S., y Hammer, L. (2006). *Infertility Counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York, EEUU: Cambridge University Press.

Creswell, J. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Second Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc..

Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among 5 approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

De Castro-Pita, F., y Moreno-Rosset, C. (2009). Diagnóstico y tratamiento médicos de la infertilidad. En C. Moreno-Rosset. (Ed.), *Infertilidad y reproducción asistida: Guía*

- práctica para la intervención psicológica. (pp. 55-84). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH). (10 de diciembre de 1948). Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, resolución 217 A (III).
- Del Castillo, M., Rosset, C. M., Díaz, M. D. M. y Uclés, I. R. (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= Annuary of Clinical and Health Psychology*, (5), 41-48.
- Díaz, S. (2012). La situación en derechos y salud sexual y reproductiva de personas lesbianas, trans e intersex en Costa Rica. Investigación exploratoria, 1a. Edición. San José, Costa Rica.
- Direkvand-Moghadam, A, Delpisheh, A., Direkvand-Moghadam, A. (2014). Effect of infertility on the quality of life, a cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(10), 13-15.
- Domar, A., Penzias, A., Dusek, J., Magna, A., Merari, D., Nielsen, B., y Paul, D. (2005). The stress and distress of infertility: does religion help women cope? *Sexuality, Reproduction & Menopause*, 3, 45 -51.
- Domínguez, R. (2002). Psicología e infertilidad. *Revista Médica de la Clínica Las Condes*, 13(1).
- Donolo, D. (2009). Triangulación: procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación. *Revista Digital Universitaria*, 10 (8), 1-10.

- Eisenberg, M., Smith, J., Millstein, S., Nachtigall, R., Adler, N., Pasch, L., y Katz, P. (2010). Predictors of not pursuing infertility treatment after an infertility diagnosis: examination of a prospective US cohort. *Fertility and sterility*, 94(6), 2369-2371.
- Ellis, A. y Abrahams, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax.
- Facio, A. (1992). Cuando el género suena cambios trae (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal). San José, Costa Rica.
- Facio, A. (2003). Asegurando el futuro: las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos. En: IIDH (2003). *Promoción y defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos*. San José: IIDH.
- Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. (2011). Ginecología y Obstetricia de México. *Revista FEMECOG*, 79 (11), 655-768.
- Felipe, E. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 10(2), 245-257.
- Fernández-Ballester, R. (2004). *Inventario de Depresión de Beck*. Ficha Técnica. Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferrero, A. (2012). La infertilidad en Costa Rica debe abordarse como un problema de salud pública. *Acta Médica Costarricense*, 54(2), 119-121. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

- Figuerola, J.G y Franzoni, J. (2011). Del hombre proveedor al hombre emocional: construyendo nuevos significados de la masculinidad entre varones mexicanos. En Aguayo, F. y Sadler, M. (Ed). Masculinidades y Políticas Públicas: Involucrando Hombres en la equidad de género. (pp.64-82). Santiago, Chile: Gráfica LOM.
- Flores, N., Jenaro, C., y Moreno-Rosset, C. (2008). Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 205-212.
- Foot, R. (2002). The history of artificial insemination: selected notes and notables. *American Society of Animal Science*, 80, 1-10.
- Fuller, N. (2001). Maternidad e identidad femenina. Relato de sus desencuentros. En Adolescencia y juventud en América Latina. San José, Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Garay, R. (2008). El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas, en Tarducci, M (Ed.) Maternidades en el siglo XXI. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Giménez, V. (2012). Influencias históricas, antropológicas y sociales de los procesos emocionales relacionados con los problemas reproductivos. En Roca, M., y Giménez, V. (Ed.), Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida. (pp.1-8). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- Girault, M. (2003). Infertilidad y experiencias obtenidas de pacientes en trabajo en terapéutico. Recuperado de: <http://members.tripod.com/infertilidad/psicología.htm>.
- Glover, L., Hunter, M., Richards, J. M., Katz, M. y Abel, P. D. (1999). Development of the fertility adjustment scale. *Fertility and sterility*, 72(4), 623-628.

- Gones, I. y Yow, L. (2006). *Estudio poblacional de causas de infertilidad en la Unidad de Infertilidad del Servicio de Ginecología del Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva del año 2004 al año 2005*. Tesis para optar por el grado en ginecología y obstetricia. Sistema de Estudios de Posgrado. CCSS. CENDEISS. Universidad de Costa Rica.
- Gray, D. (2004). *Doing research in the real world*. SAGE Publications: Thousand Oaks, California.
- Guerra, D. (2009). Afrontando el final del tratamiento médico. En Guerra, D., et al. (2009). (2009) Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. (pp. 81-85). *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, 6 (2).
- Guerra, D. y Tirado, M. (2007). Intervención Psicológica en Medicina de la Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 6 (1), 29-46.
- Hadley, R. y Hanley, T. (2011). Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 56-68.
- Hernández, N. y Rodríguez, I. (2011). Impacto de las actividades físicas recreativas en la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Ciencias de la Educación*, 21(37), 171-182.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición, McGrawHill, México.
- INEC. (2015). Boletín de Indicadores Demográficos 2015. Recuperado de: <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reindicadoresdemograf2015.pdf>

- International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2008). Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. Recuperado de: https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Sexual_Rights_Declaration_Spanish.pdf
- Izzedin-Bouquet, R. (2011). Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida. *Rev Cient Cienc Med*, 14(2), 31-34.
- Jaubert, E. y Soto, G. (2001). *Propuesta de un modelo conductual de capacitación eficiente y eficaz para una empresa*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: el "DERA" una prueba creada en España. *Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 29(2), 176-185.
- Jurado, A. (2010). *Adaptación del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) a la población de Costa Rica*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. México: Pearson Educación.
- Koenig, H.G., McCullough, M. y Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Konz, M. (2009). *Health psychology: Biological, psychological, and sociocultural perspectives*. Massachusetts, EEUU: Jones & Bartlett Publishers.

- Lamas, M. (2007). Algunas reflexiones relativas al derecho a decidir sobre el propio cuerpo, 1-18. Ciudad de México, México. Recuperado de: <https://programaddssrr.files.wordpress.com/2013/05/alguna-reflexiones-relativas-al-derecho-a-decidir-sobre-el-propio-cuerpo.pdf>
- Lasheras, G. (2012). Abortos espontáneos de repetición y su implicación psicológica. En Roca, M., y Giménez, V. (Ed.), Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida. (pp.115-123). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- Lasheras, G., y Clua, E. (2012). Evaluación de donantes de gametos y apoyo psicológico en parejas receptoras. En Roca, M., y Giménez, V. (Ed.), Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida. (pp. 29-46). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- Latifnejad, R., Allan, H. y Smith, P. (2014). Iranian and English women's use of religion and spirituality as resources for coping with infertility. *Human Fertility*, 17(2), 114.
- Latifnejad, R., Allan, H., y Smith, P. (2007). Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: a review of the literature. *Human Fertility*, 10 (3), 141- 149.
- Lattus, J., Almuna, R., Besio, C., Ceballos, M. L., Chaparro, X., Castillo, C., Fuentes, E y López, S. (2006). Cerclaje cervical electivo o sutura cervical de McDonald. Experiencia prospectiva del Servicio con esta técnica en Incompetencia Cervical. *REV. OBSTET. GINECOL*, 1 (2), 89-94.
- Leandro, G. (2013). *Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual emocionales que utilizan los padres y/o madres de niños y niñas con quemaduras de segundo y tercer*

grado en el Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Lega, L., Caballo, V y Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Leibowitz, D. y Hoffman, J. (2000). Fertility Drug Therapies: Past, Present, and Future. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 29 (2), 201-210.

Lemaire, J. (1992). *La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura*. México: Fondo de Cultura Económica.

Letourneau, N., Tryphonopoulos, P., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Benzies, K., Dennis, CL., y Joschko, J. (2012). Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *J Perinat Neonatal Nurs*, 26(1), 69-80.

Llavona, L. M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 158-166.

Mack, N., Woodson, C., MacQueen, K., Guest, G. y Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*. Family Health International. EEUU.

Manzury, A. (2010). Aborto recurrente. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 21(3) 416-423.

- Marks, D. y Yardley, L. (2004). *Research Methods for Clinical and Health Psychology*. SAGE Publications.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B y Vida Estacio, E. (2011). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*. SAGE Publications.
- Maroto, G., Garcia, M. y Fernández, A. (2004). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 305-318.
- Martín, E., Muñoz, E., Ramis, L. y Vicente, O. (2011). Vivencia de la sexualidad en hombres y mujeres en tratamiento de infertilidad en el Hospital «12 de Octubre» de la Comunidad de Madrid. *Matronas Prof*, 12(3), 74-81.
- Martínez-Monteagudo, C., Inglés, C., Cano-Vindel, A., y García-Fernández, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la Teoría Tridimensional de la Ansiedad de Lang, 18(2-3), 201-219.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y Salud Colectiva* 17(3), 613-619.
- Martínez-Sánchez, F., Páez, D., Pennebaker, J. y Rimé, B. (2001). Revelar, compartir y expresar las emociones: efectos sobre la salud y el bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 151-174.
- Mascarenhas, M., Flaxman, S., Boerma, T., Vanderpoel, S., y Stevens, G. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 9(12), 1-12.
- Mata, M. y Sáenz, G. (2003). *Infertilidad y Control del Estrés Manual de Intervención Cognitivo Conductual Emocional Dirigido a Psicoterapeutas*. Tesis para optar por el

grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Mata, M., Sáenz, G. y Ramírez, R. (2007). Infertilidad y control del estrés: una visión desde la medicina conductual. *Reflexiones*, 86(1), 77-86.

Medina, P. (1994). El relato como discurso y como posibilidad de una conciencia histórica del presente. En: El análisis y el problema teórico de los relatos de vida: Métodos cuantitativos aplicados 2. Centro de Investigación y Docencia. (pp. 167-172). Chihuahua, México: Editorial Paidós.

Méndez, A. (2010). Depresión posparto. (pp. 1-221). Madrid, España: Editorial International Marketing and Communication S.A.

Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones. En Palmero, F., Fernández-Abascal, E.G., Martínez, F. y Chóliz, M. (Eds.), *Psicología de la Motivación y la Emoción*, 571-581. Madrid: McGraw-Hill.

Ministerio de Salud. (2011). Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. I Parte Marco Conceptual y Normativo de la Política. San José, Costa Rica.

Molinero, P., Morales, J., Vega, L., Montero, J., Linares, M. y Álvarez, C. (2007). Actitud y adaptación maternal en el embarazo. *Cultura de los Cuidados*, 21, 28-32.

Moreno, A. (2012). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida: una crisis vital. En Roca, M., y Giménez, V. (Ed.), *Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida*, 61-69. Madrid, España: Editorial médica Panamericana.

- Moreno, A. y Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 6 (1), 11-18.
- Moreno, A., y Guerra, D. (2010). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. En: V. Giménez (ed.), *Manual de intervención psicológica en reproducción asistida*. Grupo de Interés de Psicología. Sociedad Española de Fertilidad (pp 24-32). Barcelona: EdikaMed.
- Moreno, A., y Roca, M. (2012). Embarazo y técnicas de reproducción asistida. En Roca, M., y Giménez, V. (Ed.), *Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida*. (pp.19-27). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- Moreno-Rosset, C. (2008). Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 154-157.
- Moreno-Rosset, C. (2009a). La infertilidad un problema atemporal. En C. Moreno-Rosset (Ed.), *Infertilidad y reproducción asistida: Guía práctica de intervención psicológica*. (pp. 31-36). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. (2009b). Estrés e infertilidad. En C. Moreno-Rosset (Ed.), *Infertilidad y reproducción asistida: Guía práctica de intervención psicológica*. (pp. 37-54). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. (2010). *Infertilidad*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Moreno-Rosset, C. M. (2008). Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 154-157.

- Moreno-Rosset, C. y Martín, M.D. (2009). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 15(1), 97-109.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C. y Gómez, Y. (2009). La Psicología de la Reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud*, 20(1), 79-90.
- Moreno-Rosset, C., Ávila-Espada, A., de Castro-Pita, F. J. y Rodríguez-Muñoz, M. (2015). Programa de apoyo psicológico en infertilidad (PAPI). Primeros datos sobre efectividad clínica a través del estudio de un caso. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 24(1), 5-12.
- Moreno-Rosset, C., Del Castillo, M., Ramírez-Uclés, I. y Martín, M. (2011). Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(3), 683-703.
- Moreno-Sánchez. (2012). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida: una crisis vital. En Roca, M., y Giménez, V. (Ed.), *Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida*. (pp.61-70). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- Muñoz, D., Forns, M., Kirchner, T., Peñarrubia, J., y Balasch, J. (2012). Ansiedad y depresión en parejas que inician un tratamiento de fecundación in vitro (FIV): rol de las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Reproductiva*, 18(1), 53-62.
- Muñoz, D., Kirchner, T., Forns, M., Peñarrubia, J., & Balasch, J. (2009). Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de fecundación in

vitro (FIV). *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and Health Psychology*, (5), 99-105.

Negre, C., y Roca, M. (2012). Solicitantes de adopción: Creencias sobre reproducción asistida. En Roca, M., y Giménez, V. (Ed.), *Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida*. (pp.141-146). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.

Nieves, G. (2015). Tesis para optar por el grado de doctor en Psicología (psy.d.) con especialidad en Psicología Clínica. Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles. Universidad Carlos Albizu. San Juan, Puerto Rico.

Oiberman, A. (2004). Historia de las madres en occidente: Repensar la maternidad. En *Psicodebate 5, Psicología cultura y sociedad. Experiencias del ciclo de vida*. Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo.

Olivares, J. y Méndez, F. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España.

OMS. (2010). Zegers, F., Adamson, G., Mouzon, J. y Ishihara, O. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

OMS. (2011). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.

- Ortiz, V. (2015). *El anhelo de la maternidad. Un estudio sobre la vivencia de la infertilidad en mujeres que desean ser madres*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Pagotto, G. (2010). *La infertilidad como crisis vital en la pareja: factores disfuncionales y salutogénicos*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Palacios B., Jadresic M., Palacios B., Miranda V. y Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(1), 19-24.
- Palacios, E. y Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(2), 94-103.
- Palmero, F. y Fernández-Abascal, E. (1998). Emociones y adaptación. Barcelona, España: Ariel.
- Palomba, S., Santagni, S., Gibbins, K., La Sala, G., y Silver, R. (2016). Pregnancy complications in spontaneous and assisted conceptions of women with infertility and subfertility factors. A comprehensive review. *Reproductive BioMedicine Online*, 33(5), 612-628.
- Parada, L. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Diversitas*, 2(1), 149-158.
- Pargament, K., Koenig, H, Tarakeshvar, N., y Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9, 713-730.

- Parra, J. (2012). Duelos en reproducción asistida. En Roca, M., y Giménez, V. (Ed.), *Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida*. (pp. 125-131). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- Pedro, A. (2015). Coping with Infertility: An Explorative Study of South African Women's Experiences. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(01), 49-59.
- Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Madrid: Pearson Educación.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R, López, L., y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-74.
- Presno, M. C. y Castañeda, I. E. (2003). Enfoque de género en salud: Su importancia y aplicación en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(3).
- Pujari, S., y Unisa, S. (2014). Failing Fatherhood: A Study of Childless Men in Rural Andhra Pradesh. *SOCIOLOGICAL BULLETIN*, 63(1), 21–40.
- Puleo, A. H. (2000). *Filosofía, género y pensamiento crítico*. Secretariado de publicaciones e intercambio editorial, Universidad de Valladolid.
- Quinceno, J., y Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 5(1), 25-36.
- Ramírez-Uclés, I., Del Castillo-Aparicio, M., y Moreno-Rosset, C. (2015). Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: Analysis of the moderating role of gender. *Clínica y Salud*, 26(1), 57-63.

- Ramos, A., Delgado, A. y García, I. (2012). Inseminación artificial intrauterina y comparación de resultados referentes al tiempo posterior a la inducción de la ovulación. *Revista mexicana de la reproducción*, 4(4), 164-169.
- Read, S. C., Carrier, M., Whitley, R., Gold, I., Tulandi, T. y Zelkowitz, P. (2014). Complementary and Alternative Medicine Use in Infertility: Cultural and Religious Influences in a Multicultural Canadian Setting. *Journal Of Alternative & Complementary Medicine*, 20(9), 1-686.
- Reyes, K. (2011) Cambios psicológicos durante el embarazo y depresión postparto. Recuperado de: <http://www.smago.org.mx/memorias/IXCURSO/8.pdf>
- Riquelme, M. (2006). *La maternidad en mujeres infértiles. Cómo interpretan la maternidad las mujeres infértiles, desde su condición de no madres, cuando no han incorporado hijos en sus proyectos de vida*. Trabajo Final de Graduación presentado ante la escuela de Psicología para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Rivera, A. (2008). Cambios fisiológicos del embarazo. *Obstetricia I, Materiales de apoyo para el aprendizaje*, 1-31.
- Rivera, C. (2016). ¿Funciona la inseminación artificial homóloga como tratamiento de la infertilidad? *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII*, (620) 591-594.
- Roa, Y. (2007). Infertilidad y Nuevas Tecnologías Reproductivas en el Perú: un abordaje psicosocial. *Rev Per Obst Enf*, 3(1), 73-79.

- Roca, M., y Giménez, V. (2012). Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida. Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., y López-Roig, S. (2003). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rondón, M. (2005). Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta médica Peruana*, 22 (1), 15-18.
- Ruiz, J.J. y Cano, J.J. (2002). Manual de Psicoterapia Cognitiva. R&C Editores: Madrid, España.
- Rummel, C., Garrison-Diehn, C., Catlin, C. y Fisher, J. (2012). *Clinical Functional Analysis: Understanding the Contingencies of Reinforcement*. Editorial John Wiley & Sons Inc: San Francisco, California.
- Salamanca, A. y Martín-Crespo, C. (2007). El muestreo en la Investigación Cualitativa. *Nure Investigación* 27, 1-4.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, 7,169-183. Universidad de Granada: España. Recuperado de http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf
- Sánchez-Espinar, S., Maestre, C., Guerra, M., Párraga, G., Ibañez, E., Martínez, A., y Zarazaga, R. (2016). El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico. *Revista de psicología de la salud*, 4(1), 93-129.
- Sánchez-Saldaña, L. (2012). Urticaria crónica. *Dermatol Perú*, 23(2), 78-97.

- Sarkar, S. y Gupta, P. (2016). Socio-demographic correlates of women's infertility and treatment seeking behavior in India. *Journal Of Reproduction And Infertility*, (2), 123-132.
- Schmidt, L., Tjørnhøj-Thomsen, T., Boivin, J., y Andersen, A. N. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient education and counseling*, 59(3), 252-262.
- Scott, C. (2004). Mitología. Barcelona, España: Blume.
- Sewpaul, V. (1999). Culture religion and infertility: A South African perspective. *British Journal of Social Work*, 29(5), 741-754.
- Sierra, J.C, Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade / Fortaleza*, 3 (1), 10-59.
- Taylor, S.J y Bogdan, R. (2009). “La entrevista en profundidad”. En: “Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados”. Métodos cuantitativos aplicados 2. Centro de Investigación y Docencia. (pp. 194-216). Chihuahua, México: Editorial Paidós.
- Thorn, P. (2009). Understanding infertility: psychological and social considerations from a counselling perspective. *International Journal of Fertility and Sterility*, 3(2), 48-51.
- Toll, C. (2004). Pregnancy after infertility: dilemmas of the deliberate pregnancy. Reprinted from *Resolve Family Building Magazine*. Recuperado de <http://covingtonandhafkin.com/wp-content/uploads/2016/04/Pregnancy-after-infertility-CH.pdf>

- Torres, L. (2005). Reflexiones en torno a la sistematización de experiencias. En: Estrada, V., Torres, L., Carvajal, A., Rodríguez, A., Bermúdez, C., Erazo, D., Gutiérrez, A. y Patiño, L. (2005). *Miradas sobre la sistematización de experiencias en Trabajo Social*. Colombia: Universidad del Valle.
- Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Cuadernos de Psicología*, 12(2), 161-174.
- Urdapilleta, L. (1999). Psicología en Reproducción Asistida de alta complejidad. Características de los pacientes, situaciones generadas en los tratamientos y sus modos de abordaje. *Revista de Medicina Reproductiva* 2(2), 76-83.
- Valladolid, N. (2012). La sexualidad en parejas con problemas de infertilidad. En Roca, M., y Giménez, V. (Ed.), *Manual de Intervención psicológica en reproducción asistida*. (pp. 9-17). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- Vega, O. y González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, (16), 1-11.
- Viera, M. (2011). Inequidades múltiples y persistentes en el campo de la reproducción asistida. *Revista de Antropología Social*, 21, 251-271.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S. E. y Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598-604.
- Wright, J.H. y Beck, A.T. (2000). Terapia Cognitiva. En DSM IV, *Tratado de Psiquiatría*. (pp.1443-1459). Barcelona: Masson.

Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., y Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215, 401-405.

Zegers, F. (2012). Descripción y Análisis de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) como tratamiento de la Infertilidad. Documento preparado para la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Costa Rica, Septiembre, 2012. Recuperado de:http://www.eticayreproduccionhumana.udp.cl/publicaciones/fallo/Documento_tecnico_infertilidad_Problema_salud.pdf

Anexos

Anexo 1



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201

Telefax: (506) 2224-9367

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para sujetos de investigación)

Interpretaciones, antecedentes y consecuencias que integran la experiencia del diagnóstico de infertilidad en hombres, mujeres y parejas.

Nombre de las investigadoras: Bach. María Paula Brenes Arias y Bach. Carolina Villa Víquez

Nombre de el/la participante: _____

Este documento que usted está empezando a leer se llama CONSENTIMIENTO INFORMADO, le es entregado a usted con el propósito de solicitarle participar en este estudio de investigación. Aquí encontrará la información sobre el estudio. Por favor léalo con cuidado y pregunte todo lo que desee antes de firmarlo. Sus preguntas van a ser contestadas. Le aclaramos que en caso de que usted aceptara ser sujeto de participación en este estudio, NO perderá ningún derecho legal por firmar este documento. Usted recibirá una copia de este documento de consentimiento informado.

PROPÓSITO DEL PROYECTO: El presente proyecto, es una investigación realizada con el fin de obtener el título de licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica. Las investigadoras se encuentran bajo la supervisión de un equipo asesor de psicólogas especialistas en las temáticas, que incluye profesoras de la Universidad de Costa Rica y a la coordinadora nacional de Psicología de la Caja Costarricense del Seguro Social CCSS. En este estudio las investigadoras buscan analizar las interpretaciones que hombres, mujeres y parejas, hacen de su diagnóstico de infertilidad en relación a antecedentes biopsicosociales y las consecuencias que de dichas interpretaciones se generan.

¿QUÉ SE HARÁ?: Si acepta participar en este estudio, será entrevistado(a) por las investigadoras, de forma individual o en pareja según sea el caso, para efectos exclusivamente de un apropiado análisis de los datos, su entrevista deberá ser grabada en audio, el cual será manejado bajo la más estricta confidencialidad y una vez terminada la investigación será apropiadamente eliminado por las investigadoras. En dicha entrevista se explorarán a profundidad los antecedentes biopsicosociales de su historia de vida de los

cuales derivan las interpretaciones que en función de hombre, mujer o pareja se hacen sobre su diagnóstico de infertilidad. También se aplicarán cuatro instrumentos: el Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos (DERA) que pretende evaluar esos criterios ante el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, el Inventario de Depresión de Beck BDI-II el cual pretende evaluar distintos síntomas depresivos, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) el cual busca evaluar la frecuencia con la que se experimentan respuestas de ansiedad ante determinadas situaciones y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) que busca la frecuencia de utilización de determinadas estrategias para afrontar situaciones estresantes, así como al grado de eficacia percibida por los sujetos ante el uso de esas estrategias.

RIESGOS: La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: al ser un tema de índole personal como son las emociones, puede causarle alguna incomodidad o ansiedad hablar de esto y completar los instrumentos. Si llegara a sentirse molesto(a) usted puede retirarse del estudio en el momento que desee. Si fuese afectado(a) como consecuencia de esta entrevista, las investigadoras realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde la contención y asesoría necesaria.

BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo. Sin embargo, gracias a su participación, podremos comprender más acerca de la relación entre el género, la infertilidad y los factores de desajuste emocional asociados. Por ende, este conocimiento puede beneficiar a otras personas con esta condición, en el futuro. Asimismo, en el momento en que los resultados sean publicados, usted y otras personas podrán acceder a los mismos.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con alguna de las investigadoras María Paula Brenes Arias y Carolina Villa Víquez, y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a alguna de las investigadoras respectivamente a los teléfonos (8319-0793 / 8555-4823) en días hábiles de lunes a viernes en horario de oficina. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Usted recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.

Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión de esta índole pero de una manera anónima.

No perderá ningún derecho legal por firmar este documento

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

***Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.**

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149
REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008. CELM-Form.Consent-Inform 06-08

Anexo 2

Guía de entrevista sobre interpretaciones, antecedentes y consecuencias que integran la experiencia del diagnóstico de infertilidad en hombres, mujeres y parejas.

Creada por: Bach. María Paula Brenes y Bach. Carolina Villa, 2015

1. Datos personales

- Nombre completo:
- Fecha de Nacimiento:
- Edad:
- Profesión u oficio:
- Estado civil:
- Algún diagnóstico de salud física o mental:
- Domicilio:
- Contacto
- Teléfonos:
- Correo Electrónico:

2. Anclaje Biográfico

A. Presentación personal, historia de vida:

Indicador: Coméntenos un poco sobre usted (dedicación, gustos, intereses, ocio (personalidad, fortalezas, debilidades, temperamento, afectividad, actividades).

B. Historia familiar: (nuclear, extensa)

Indicador nuclear: Háblenos sobre su familia (integrantes, dinámica, caracterización de los vínculos, patrones familiares de pareja y reproducción, edades para formalizar la pareja, cantidad de hijos, creencias religiosas o no, duración del noviazgo).

C. Historia de pareja:

Indicador 1: ¿Cuéntenos la historia de ustedes como pareja? (Tiempo de estar juntos, edad en la que se conocieron, forma en la que se conocieron, proyectos en común, sentimientos que los unieron y cómo evolucionaron a lo largo del tiempo).

Indicador 2: ¿Qué los llevó a tomar la decisión de formalizar la relación? (intereses, motivos para establecer y mantener la relación)

Indicador 3: ¿Qué actividades realizaban que les hiciera sentirse como una pareja?

Indicador 4: ¿Qué los ha mantenido juntos O NO este tiempo?

Indicador 5: ¿Cuál es el papel (función, significado e importancia) que le ha atribuido usted al tener una pareja en su vida?

Indicador 6: ¿Por qué cree usted que le dio ese papel a la pareja en su vida? (patrones familiares, religiosos, experiencias previas).

3. Paternalidad y maternidad:

A. Papel de la maternidad y paternidad a nivel personal:

Indicador 1: ¿Qué considera usted que hace un(a) madre o un padre? ¿Cómo se comporta? ¿cuáles son los atributos o cualidades que hacen a un buen padre/una buena madre? ¿Cuáles cree que se le asignan en la sociedad y cuáles considera verdaderamente importantes?

Indicador 2: ¿Cuál es el papel (función, significado e importancia) que le ha atribuido usted a la idea de ser madre o padre en su vida?

Indicador 3: ¿Por qué cree usted que le dio ese papel a la idea de ser madre o padre en su vida? Es decir ¿cuándo aparece esta idea en su vida y cómo ha ido “madurando” a lo largo de su vida? (ver si recuerda cómo pensaba cuando era adolescente y luego antes de formalizar la pareja, para luego describirla en la situación actual.

Indicador 4: ¿es realmente esencial en el ser plenamente hombre/mujer el llegar a ser padre/madre?

B. La idea de ser padres en la pareja:

Indicador 1: ¿Cuándo fue la primera vez que hablaron de la idea de ser padres?

Indicador 2: ¿En qué momento y cómo surgió concretar la idea de ser padres?

Indicador 3: ¿Quién propuso la idea?

Indicador 4: Cuando decidieron ser padres, ¿qué cambios se dieron en las rutinas o actividades de la vida cotidiana? ¿Ser padres es esencial para la pareja?

4. Reestructuración a partir del diagnóstico

A. Historia de su diagnóstico:

Indicador 1: ¿Cuándo hubo necesidad de consultar un especialista? (síntomas, signos, alertas)

- ¿Qué hicieron primero ante esas alertas?
- ¿Cuáles especialistas consultaron?

Indicador 2: ¿Cuánto tiempo duró en saber un diagnóstico? (cuál fue el diagnóstico, exámenes que tuvo que realizarse)

Indicador 3: ¿Cuál fue su reacción, qué tuvo (tuvieron) cuando le dieron el diagnóstico?

B. Impacto del diagnóstico:

Indicador 1: ¿Cómo se sintió o sintieron con el diagnóstico? ¿Qué pensó sobre ese diagnóstico?

Indicador 2: ¿Cambió algo en su vida, después del diagnóstico? (impacto en su proyecto de vida, aspectos concretos en términos de salud física, mental, social, laboral)

Indicador 3: ¿Qué cosas empezaron a hacer diferente después del diagnóstico (rutinas, actividades...)?

Indicador 4: ¿Consideran que el diagnóstico impactó su perspectiva sobre la pareja? ¿Cómo?

Indicador 5: Después del diagnóstico, ¿cambió su perspectiva sobre la paternidad / la maternidad? ¿Cómo?

Indicador 6: ¿El diagnóstico tuvo algún impacto en su proyecto de pareja? ¿De qué manera le impactó?

5. Decisión de someterse al tratamiento

Indicador 1: ¿Cuándo surgió la idea de someterse al algún tratamiento?

Indicador 2: ¿Quién motivó esta idea?

Indicador 3: ¿Cómo comenzó a concretarse la idea? (lo primero que hicieron)

Indicador 4: ¿Qué aspectos tomaron en cuenta para tomar la decisión? (costos, tiempo, implicaciones en salud física y mental, apoyo familiar)

Indicador 5: Cuéntenos ¿a qué tratamientos se han sometido y en qué etapa se encuentran actualmente? (atención pública o privada).

Indicador 6: ¿Se han mantenido desde el inicio en el tratamiento o han habido interrupciones? (razones) ¿Cómo y por qué se ha mantenido esta decisión en el tiempo?

6. Impacto del tratamiento

A. Personal:

Indicador 1: Cuéntenos ¿cómo ha sido su experiencia con los tratamientos?

Indicador 2: ¿Quiénes son su equipo terapéutico? ¿Quién está encargado(a) su tratamiento? Considera usted que la relación con su equipo de tratamiento ¿ha sido lo que usted esperaba, por qué razones?

Indicador 3: ¿Ha notado cambios físicos a partir del tratamiento? ¿Cuáles?

Indicador 4: ¿Ha notado cambios emocionales a partir del tratamiento? ¿Cuáles?

Indicador 5: ¿Ha notado cambios en su comportamiento a partir del tratamiento? ¿Cuáles? (conductas, rutinas o hábitos que haga diferente)

Indicador 5: ¿Ha notado cambios en su manera de pensar a partir del tratamiento? ¿Cuáles?

B. En la pareja:

Indicador 1: ¿Ha notado cambios en la dinámica de pareja a partir del tratamiento? ¿Cuáles? (convivencia cotidiana, proyectos, comunicación, afectividad, vida sexual, interacción social)

C. Familiar:

Indicador 1: ¿Considera que el diagnóstico y el tratamiento han impactado a su familia extensa?

Indicador 2: ¿Conocen ellos y ellas su situación y la decisión del tratamiento?

Indicador 3:

- ¿Han recibido apoyo por parte de ellos y ellas? ¿Qué tipo de apoyo?
- ¿Ha sido este apoyo suficiente para ustedes?
- ¿Hay alguna forma de apoyo que consideran que les ha hecho falta recibir?

D. Laboral:

Indicador 1: ¿En su ámbito laboral conocen su situación y la decisión del tratamiento?

Indicador 2:

- ¿Ha recibido apoyo por parte de ellos y ellas? ¿Qué tipo de apoyo?
- ¿Ha sido este apoyo suficiente para usted?
- ¿Hay alguna forma de apoyo que consideran que les ha hecho falta recibir?

Indicador 3: ¿Consideran que su situación ha afectado sus funciones y desempeño laboral? ¿Cómo?

Indicador 4: Con respecto a su trabajo, ¿han cambiado algunas rutinas, hábitos conductas?, ¿cuáles?

Indicador 5: A partir de la decisión del tratamiento considera que ha cambiado la forma en la que percibe o piensa sobre su trabajo (cantidad de horas, remuneración recibida, horario, distancia)

Indicador 6: ¿Ha visto afectada la situación económica familiar a raíz de la situación? ¿Ha generado esto problemas en la pareja? ¿De qué tipo?

E. Social:

Indicador 1: ¿Hay otras personas de su círculo cercano que conocen su situación y la decisión del tratamiento? ¿Quiénes?

Indicador 2: ¿Considera que el diagnóstico y el tratamiento ha impactado a esas personas?

Indicador 3: ¿Considera usted que la decisión del tratamiento ha cambiado de alguna manera la forma de relacionarse con estas personas? (de usted con ellos y/o viceversa)

Indicador 4:

- ¿Ha recibido apoyo por parte de ellos y ellas? ¿Qué tipo de apoyo?
- ¿Ha sido este apoyo suficiente para usted?
- ¿Hay alguna forma de apoyo que consideran que les ha hecho falta recibir?

Indicador 5: ¿Cuál ha sido el impacto que ha tenido el manejo del tema en los medios de comunicación, convirtiendo un tema previamente “privado” en uno de discusión pública y política?

7. Estrategias de afrontamiento

Indicador 1: Como forma de atenuar el impacto del diagnóstico y tratamiento

- a) ¿Qué estrategias o actividades individuales o de pareja puso/pusieron en práctica? ¿Qué para sentirse mejor?
- b) ¿Acudió/acudieron a algún servicio/programa público o privado para atender su salud física y/o mental? (ejercicio, actividad cultural, medicina alternativa, psicoterapia individual, de pareja, de grupo).

Indicador 2: ¿Qué tan frecuentemente lo hizo (hacen) o lo sigue haciendo?

Indicador 3: ¿Le ha ayudado esta práctica en mitigar el impacto del diagnóstico y tratamiento? ¿De qué manera? (explorar ejes conductual, emocional, cognitivo).

Anexo 3

Guía de entrevista para personal médico de Centros de Fertilidad

Creada por: Bach. María Paula Brenes y Bach. Carolina Villa, 2015

1.Datos generales

- Nombre:
- Centro de salud en el que trabaja:
- Puesto que ocupa:
- Cantidad de años que lleva en ese departamento:
- Grado y área de especialización:

2.Preguntas

1. ¿Cuáles son las causa médicas (femeninas y masculinas) más comunes de la infertilidad? ¿En qué consisten? ¿Por qué se producen?
2. ¿Para usted hay infertilidad de causa psicológica?
3. ¿Cuál es el protocolo de atención médica que se sigue ante el diagnóstico de infertilidad?
4. ¿Qué opciones tienen las parejas además de la inseminación artificial y la FIV?
5. Explicación detallada del procedimiento de inseminación artificial desde la perspectiva médica.
6. ¿Cuáles son los casos en los que se puede utilizar esta técnica y cuáles no? ¿Por qué?
7. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de esta técnica?
8. ¿Cuál es la tasa de efectividad de esta técnica?
9. ¿Cuáles podrían ser los cuestionamientos éticos en torno a la inseminación artificial?
10. ¿Qué interacciones pueden haber entre los medicamentos utilizados en la técnica y el estado emocional de las personas? Es decir, ¿cómo afectan estos medicamentos las emociones (endorfinas) de las mujeres?
11. ¿Qué afecciones emocionales se asocian más a efectos secundarios de los medicamentos y cuáles a consecuencias propias de la condición de infertilidad?
12. ¿Cuáles diría usted que son los aspectos más difíciles de sobrellevar de este procedimiento para las personas que se someten al mismo?
13. ¿En qué momento mandan pruebas de tipo inmunológico? ¿Se envían a partir de diagnóstico de infertilidad idiopática o solo a partir del fallo de la FIV?
14. ¿Qué otras pruebas inmunológicas hay? (anticuerpos bloqueadores (linfoterapia) en Colombia)
15. ¿Qué es la infertilidad por incompatibilidad genética? ¿Qué tratamientos existen? ¿Cómo se detecta? ¿Porque el examen no se hace desde el inicio?

16. Y si hay una incompatibilidad por algunos genes que vienen defectuosos y eso causa abortos, obligar a mantener ese embarazo ¿aumenta las posibilidades de hijos con discapacidad? ¿Cuál podría ser el porcentaje de niños nacidos con discapacidad?
17. ¿Cuáles son los medicamentos que se mandan por tres meses a los hombres? (suplementos vitamínicos? cuáles?)
18. ¿Cómo está la situación actual sobre la donación/congelación de óvulos y esperma en CR?
19. ¿Cambia la probabilidad de embarazo según la cantidad de intentos?(25% cada intento en inseminación, y 60% cada intento en FIV?/ 80% 1 bebé, 17% gemelos y 3% trillizos?)
20. A la mujer se le pide ir con la regla (2 o 3 día) al centro médico para inyectarle los primeros medicamentos y después hacerle la inseminación el día 12 o 13 del ciclo, ¿es así?
21. ¿Cuánto tiempo después de lograr el embarazo se recomienda tener relaciones sexuales? (12 semanas embarazo único, hasta que nazcan embarazo gemelar)
22. ¿En qué se diferencia este centro de otros centros de reproducción asistida?
23. ¿Qué nos puede decir de cómo viven los hombres y mujeres el proceso de la consulta, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad?
24. ¿Cómo puede describir desde su experiencia el lugar que tiene o debería tener la Psicología en este tipo de procesos?
25. ¿Qué tipo de intervenciones o acompañamientos se hacen cuando el resultado es un NO para una pareja que se ha hecho 1 o más reproducciones asistidas o en caso de pérdidas?
26. ¿Cuál es la frecuencia de ataques de pánico en pacientes que están siendo estimuladas con hormonas?
27. ¿Frecuencia de pacientes que sufren depresión post parto?
28. ¿Cuál es la intervención que se hace una paciente que presenta cuadros psiquiátricos?

Anexo 4

Guía de entrevista para psicólogas que trabajan con RMA a nivel público y privado en el país

Creada por: Bach. María Paula Brenes y Bach. Carolina Villa, 2015

1.Datos generales

- Nombre:
- Centro de salud en el que trabaja:
- Puesto que ocupa:
- Cantidad de años que lleva en ese departamento:
- Grado y área de especialización:

2.Preguntas

1. ¿Por qué es importante la inmersión de profesionales en Psicología en el sistema de salud?
2. En sus palabras: ¿qué es o de qué se ocupa la Psicología de la Reproducción?
3. ¿Cuál es la importancia de que haya profesionales en Psicología trabajando en este departamento? ¿Cuáles son los aportes específicos que realizan?
4. ¿La experticia sobre el trabajo en esta área es algo que usted ha adquirido “sobre la marcha” o ha recibido capacitaciones específicas en el tema?
5. ¿Qué se necesita para que el campo de trabajo en esta área para profesionales en Psicología sea más amplio, más reconocido, más valorado tanto por usuarios del servicio como por otros profesionales?
6. ¿Cuál es el abordaje psicológico de la infertilidad y su tratamiento en el centro que labora?
7. ¿Podría describir la valoración psicológica de sus pacientes ante la realización de procedimientos médicos invasivos?
8. ¿Ha habido algún impacto en su vida personal al tener que estar en contacto diariamente por razones laborales con estos temas? ¿Cuál ha sido?

ISRA

Apellidos y nombre: _____

Edad: _____ Sexo: V M Estado civil: _____ Fecha: _____

Centro: _____ Curso/Puesto: _____

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan situaciones en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a respuestas que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la frecuencia con la que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces si, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

Vea los siguientes ejemplos:

SITUACIONES	RESPUESTAS	OBSERVACIONES						
<p>1 Si un problema me preocupa mucho.</p>	<p>1. Me desconcierto, no sé que hacer.</p> <p>2. Tengo la impresión de que soy un inútil.</p> <p>3. No puedo concentrarme en el trabajo.</p> <p>4. Tengo dificultades para dormir.</p> <p>5. Pierdo el apetito.</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
<p>2 Cuando pierdo un objeto que apreciaba mucho.</p>	<p>1. Me desconcierto, no sé que hacer.</p> <p>2. Tengo la impresión de que soy un inútil.</p> <p>3. No puedo concentrarme en el trabajo.</p> <p>4. Tengo dificultades para dormir.</p> <p>5. Pierdo el apetito.</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

Deberá leer la situación 1 y las respuestas que están sobre las columnas en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (nº 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en la casilla que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación utilice el espacio OBSERVACIONES del margen derecho.



Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.
 Copyright © 1986, 2007 by TEA Ediciones, S.A. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.
 Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

C

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces si, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

RESPUESTAS

- 1. Me preocupo fácilmente.
- 2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos recurrentes sobre mí, tales como inferior, a los demás, torpe, etc.
- 3. Me siento inseguro de mí mismo.
- 4. doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.
- 5. Siento miedo.
- 6. Me cuesta concentrarme.
- 7. Pienso que la gente se da cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

SITUACIONES

OBSERVACIONES

1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.								
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.								
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.								
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.								
5	En mi trabajo o cuando estudio.								
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.								
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.								
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.								
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.								
10	Si tengo que hablar en público.								
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.								
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.								
13	Después de haber cometido algún error.								
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.								
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.								
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.								
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.								
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.								
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.								
20	Al observar escenas violentas.								
21	Por nada en concreto.								
22	A la hora de dormir.								

23 Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:

ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

ΣR

TOTAL

[]

M

- 0 - Casi nunca
- 1 - Pocas veces
- 2 - Unas veces si, otras veces no
- 3 - Muchas veces
- 4 - Casi siempre

RESPUESTAS

1. Lloro con facilidad.
2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (resaca, tos, me muevo, me agito, me muerdo los labios, etc.).
3. Fumo, como o bebo demasiado.
4. Trato de evitar o reducir la situación.
5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.
6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
7. Perambulando o tengo otras dificultades de expresión verbal.

SITUACIONES

OBSERVACIONES

1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.								
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.								
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.								
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.								
5	En mi trabajo o cuando estudio.								
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.								
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.								
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.								
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.								
10	Si tengo que hablar en público.								
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.								
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.								
13	Después de haber cometido algún error.								
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.								
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.								
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.								
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.								
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.								
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.								
20	Al observar escenas violentas.								
21	Por nada en concreto.								
22	A la hora de dormir.								
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:								

ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

ΣR

TOTAL

Inventario de Depresión de Beck II

Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Lugar donde vive _____

Ocupación: _____ Nivel Educativo: _____ Fecha _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de oraciones. Por favor lea cada grupo de oraciones cuidadosamente y luego escoja en cada grupo **únicamente la frase** que mejor describa la forma en que usted se ha estado sintiendo durante las **dos últimas semanas, incluyendo hoy**. Encierre con un círculo el número que está a la par de la frase que haya seleccionado. Si le cuesta mucho decidirse entre dos opciones, escoja la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase en cualquier grupo, incluyendo el punto 16 (Cambios en el Patrón del Sueño) o el punto 18 (Cambios en el Apetito).

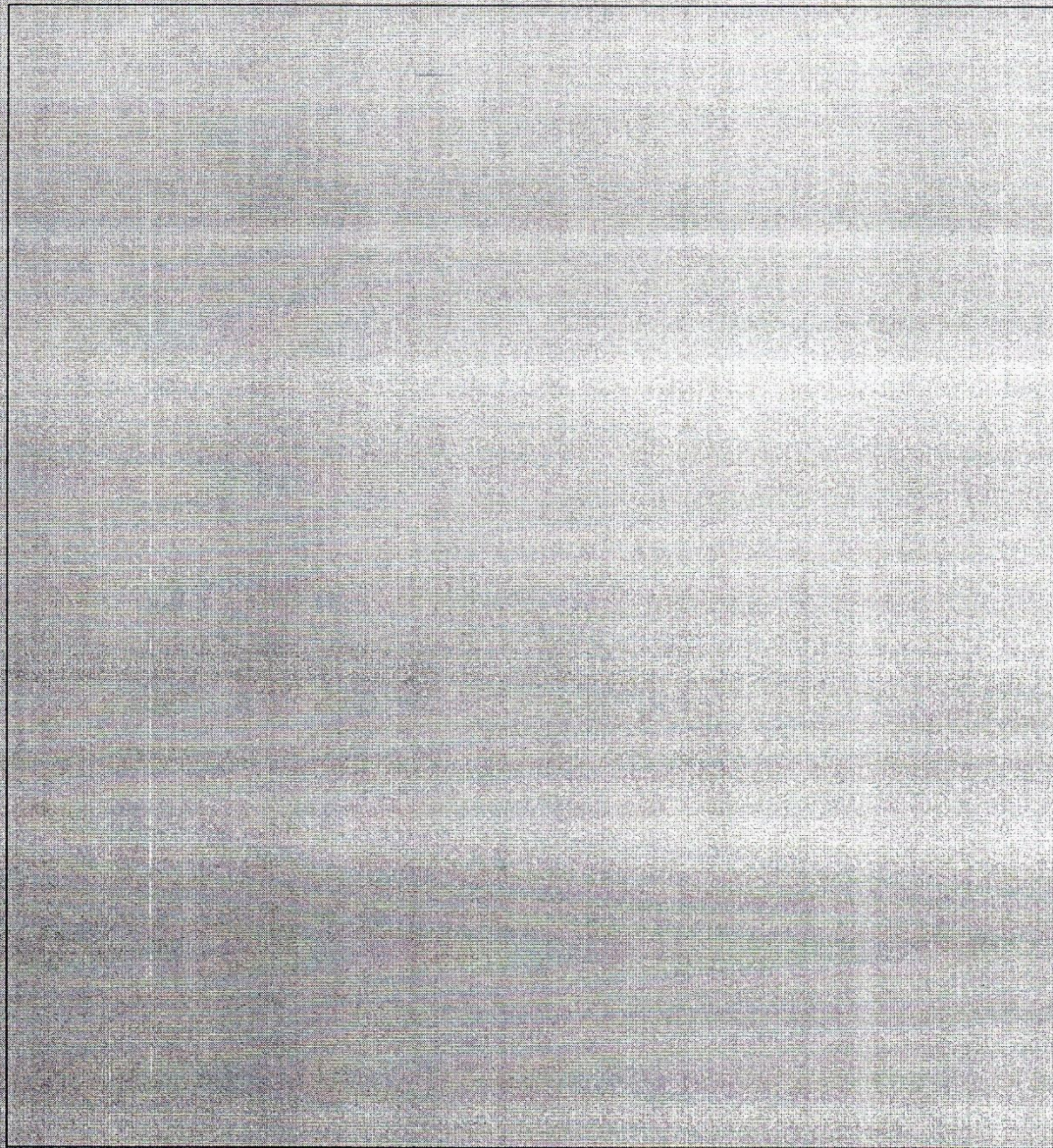
<p>Tristeza</p> <p>12. No me siento triste. 13. Me siento triste la mayor parte del tiempo. 14. Me siento triste todo el tiempo. 15. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>Pesimismo</p> <p>15. No siento desanimo sobre mi futuro. 16. Siento más desanimo sobre mi futuro de lo usual. 17. No espero que las cosas vayan a funcionar para mí. 18. Creo que no tengo esperanzas en mi futuro y que más bien será peor.</p> <p>Fracasos del pasado</p> <p>19. No me siento como un(a) fracasado(a). 20. Creo que he fracasado más de lo que debí. 21. Cuando pienso en el pasado, recuerdo muchos fracasos. 22. Creo que soy un total fracaso como persona.</p> <p>Pérdida de satisfacción</p> <p>12. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes 13. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 14. Obtengo poca satisfacción de las cosas que solía disfrutar. 15. No obtengo ninguna satisfacción de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p>Sentimientos de culpa</p> <p>12. No me siento culpable por algo en particular. 13. Me siento culpable por algunas cosas que he hecho o que debí hacer. 14. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 15. Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>Sensación de Castigo</p> <p>12. No creo que esté siendo castigado(a). 13. Creo que puedo ser castigado(a). 14. Espero recibir mi castigo(a). 15. Creo que estoy siendo castigado (a).</p> <p>Disconformidad con mi mismo (a)</p> <p>10. Me siento igual conmigo mismo(a) como antes. 11. He perdido la confianza en mí mismo (a). 12. Me siento decepcionado (a) de mí mismo (a). 13. No me gusta como soy.</p> <p>Autocríticas</p> <p>12. No me critico ni me culpo más de lo usual. 13. Me critico más de lo que solía hacerlo. 14. Me critico por todos mis fallos y defectos. 15. Me culpo por todo lo malo que pasa.</p> <p>Pensamientos o deseos de Suicidio</p> <p>12. No tengo ningún pensamiento de suicidio 13. Tengo pensamientos de suicidio pero no lo haría. 14. Me gustaría suicidarme. 15. Me suicidaría apenas tenga la oportunidad de hacerlo</p> <p>Llanto</p> <p>12. No lloro más de lo que solía hacerlo antes. 13. Lloro más de lo que solía hacerlo antes. 14. Lloro por cualquier cosa. 15. Tengo ganas de llorar pero no puedo hacerlo.</p>
--	--

Anexo 1

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escribala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación antes eligió marcando el número que corresponda:

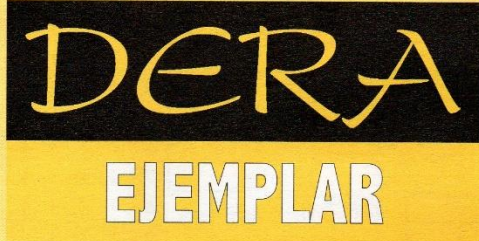
0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me criticqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

FIN DE LA PRUEBA



Nombre y apellidos

Edad Sexo V M Nº identificación

Centro

Evaluador

INSTRUCCIONES

En el reverso de esta hoja encontrará una serie de frases que describen conductas, pensamientos o sentimientos. Léalas detenidamente y valore el grado en que cada frase es verdadera o falsa en su caso. Para ello utilice las siguientes alternativas de respuesta:

1 Absolutamente FALSO	2 Bastante FALSO	3 Ni VERDADERO ni FALSO	4 Bastante VERDADERO	5 Absolutamente VERDADERO
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Vea el siguiente ejemplo que aparece a continuación y cómo se ha contestado:

Ej. Me gustan las reuniones sociales. 1 **2** 3 4 5

La persona ha escogido la opción **2**. Considera que es “bastante falso” que le gusten las reuniones sociales.

No hay respuestas buenas ni malas. Sencillamente conteste según su criterio personal.

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR, SENTIR O ACTUAR.

1	2	3	4	5
Absolutamente FALSO	Bastante FALSO	Ni VERDADERO ni FALSO	Bastante VERDADERO	Absolutamente VERDADERO
1				1 2 3 4 5
2				1 2 3 4 5
3				1 2 3 4 5
4				1 2 3 4 5
5				1 2 3 4 5
6				1 2 3 4 5
7				1 2 3 4 5
8				1 2 3 4 5
9				1 2 3 4 5
10				1 2 3 4 5
11				1 2 3 4 5
12				1 2 3 4 5
13				1 2 3 4 5
14				1 2 3 4 5



Autoras: C. Moreno-Rosset, R. Antequera Jurado y C. Jenaro Río.
 Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS.
 Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

36					1 2 3 4 5
37					1 2 3 4 5
38					1 2 3 4 5
39					1 2 3 4 5
40					1 2 3 4 5
41					1 2 3 4 5
42					1 2 3 4 5
43					1 2 3 4 5
44					1 2 3 4 5
45					1 2 3 4 5
46					1 2 3 4 5

INVESTIGACION EN PSICOLOGIA:
Vivencia del diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad.

Sabías que...

La infertilidad afecta a 1 de 4 parejas en los países en desarrollo (OMS, 2004)

¿HAS SIDO DIAGNOSTICADO(A) CON INFERTILIDAD?

¿Te interesa colaborar para que en el futuro personas como vos reciban una atención de mejor calidad basada en un mayor conocimiento sobre esta condición?



COMUNÍCATE:
investigacionucr2015@gmail.com

Nos apegamos a la normativa del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica para garantizar la integridad de los participantes y la confidencialidad de la información que nos brinden.

INVESTIGACION EN PSICOLOGIA:

Vivencia del diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad.

Sabías que...

El diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, en algunos casos implica desgastes físicos, alteraciones emocionales y desajustes en la vida cotidiana de las personas o las parejas.

¿HAS SIDO DIAGNOSTICADA CON INFERTILIDAD?



¿Te interesa colaborar para que en el futuro personas como vos reciban una atención de mejor calidad basada en un mayor conocimiento sobre esta condición?

COMUNÍCATE:

investigacionucr2015@gmail.com

Nos apegamos a la normativa del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica para garantizar la integridad de los participantes y la confidencialidad de la información que nos brinden.

 Escuela de
Psicología



INVESTIGACION EN PSICOLOGIA: Vivencia del diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad.

Sabías que...

La tasa de infertilidad se estima cerca de un 10% en Costa Rica (UCR, 2007)

¿HAS SIDO DIAGNOSTICADO CON INFERTILIDAD?

¿Te interesa colaborar para que en el futuro personas como vos reciban una atención de mejor calidad basada en un mayor conocimiento sobre esta condición?



COMUNÍCATE:
investigacionucr2015@gmail.com

Nos apegamos a la normativa del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica para garantizar la integridad de los participantes y la confidencialidad de la información que nos brinden.

 Escuela de
Psicología

