



Relación entre Infertilidad y Sintomatología Depresiva en Mujeres

Nombre: Chiara Mello

DNI: 44.452.300

ID: 17.2248

Docente: Antonio Virgilio

Índice

- 3. Introducción

- 3.a. Presentación del tema
- 3.b. Problema de investigación
- 3.c. Pregunta de investigación
- 3.d. Relevancia de la temática

- 4. Objetivos

- 4.a. Objetivo general
- 4.b. Objetivos específicos

- 5. Alcances y límites del trabajo

- 6. Estado del arte

- 7. Marco teórico

- 8. Desarrollo metodológico

- 8.a. Supuestos
- 8.b. Procedimiento
- 8 c. Índice comentado

- 9 Capítulo 1 - Del instinto reproductivo a la construcción psíquica del deseo de hijo

- 9 a. La etiología de la reproducción
- 9 b. Regulación hormonal y maternidad
- 9 c. Infertilidad y alteración de la función reproductiva

- 10. Capítulo 2 - Influencia de los mandatos sociales en la infertilidad

- 10 a. Normas sociales
- 10 b. Normas sociales y su función en la regulación de la sexualidad y la reproducción
- 10 c. El papel de los mandatos sociales en la vivencia de la infertilidad

- 11. Capítulo 3 - Medicina reproductiva: intervenciones psicológicas y rol del psicólogo

- 11 a. Técnicas de reproducción humana asistida (TRHA)
- 11 b. Relevancia de las intervenciones psicológicas en tratamientos de fertilidad
- 11 c. Intervenciones psicológicas utilizadas en tratamiento de fertilidad

- 12. Capítulo 4 - Política pública para el abordaje integral de la infertilidad

- 12 a. Justificación de la política pública
- 12 b. Objetivos de la política pública
- 12 c. Implementación de la política pública

- 13. Conclusión

3. Introducción

3 a. Presentación del tema

La infertilidad no es únicamente un diagnóstico o enfermedad clínica, ya que este fenómeno involucra vivencias emocionales y se percibe como un acontecimiento vital, atravesado tanto por expectativas sociales como personales.

Por lo cual, la siguiente investigación tiene como objetivo explorar la relación entre la infertilidad y la depresión en mujeres. La infertilidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una condición médica que afecta a gran parte de la población mundial, y su diagnóstico puede causar un fuerte impacto emocional en la persona. Mientras que la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes, de alta prevalencia y con consecuencias directas sobre la calidad de vida de las personas. Un episodio depresivo difiere de las variaciones habituales del estado de ánimo, ya que estos episodios abarcan la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Asimismo, "la infertilidad, su diagnóstico y el tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida, es considerada un acontecimiento vital estresante crónico que provoca alteraciones emocionales, tales como depresión y ansiedad sobre todo en mujeres" (Moreno Rosset, 2000, p. 12).

Diversos estudios sobre infertilidad han registrado la presencia de síntomas depresivos relacionados a esta patología. Por lo cual, en el siguiente trabajo se explorará dicha relación más en profundidad, mediante una revisión bibliográfica, con el objetivo de analizar el impacto del diagnóstico de infertilidad en la salud mental de las mujeres.

3 b. Problema de investigación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la infertilidad, se trata de una enfermedad del sistema reproductivo masculino o femenino consistente en la imposibilidad de lograr un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales habituales sin protección. Asimismo, se registró, que a nivel mundial, una de cada seis personas experimenta la infertilidad en algún momento de su vida, afectando alrededor del 17,5% de la población adulta. Para las mujeres, la infertilidad puede manifestarse como la imposibilidad de quedar embarazada, una incapacidad para mantener un embarazo o una incapacidad para llevar un embarazo a un nacimiento vivo. Además diferencia dos tipos de infertilidad, la primaria y la secundaria. La primera se relaciona con aquellas mujeres que nunca han podido tener un hijo biológico, mientras que la secundaria, se distingue por tener al menos una concepción previa (Organización Mundial de la Salud, 1995).

Desde un punto de vista físico, la mayoría de las personas con problemas de infertilidad no experimenta ningún efecto negativo en su salud física. No presentan síntomas específicos, dolor,

malestar o limitaciones físicas. Es por esto que muchas personas infértiles pueden vivir una vida plena sin siquiera saber si son fértiles o infértiles (Uribelarrea, 2008).

La condición de "infertilidad biológica" solo se hace evidente cuando se somete la función reproductiva a pruebas adecuadas y estas no logran un resultado exitoso. En ese momento, se pone de manifiesto una disfunción biológica en relación con la reproducción. No obstante, es importante destacar que dicha disfunción orgánica puede mantenerse sin afectar significativamente la calidad de vida de la persona. Puede ser considerada como una condición más entre los diversos trastornos de naturaleza médica o puede incluso adquirir un carácter más personal en la vida del individuo. Lo que determinará el impacto de dicho diagnóstico es el deseo de tener un hijo, más concretamente el deseo de tener un hijo biológico. Sin la influencia de este factor, en un nivel significativo, es poco probable que una persona busque activamente tratamientos de reproducción asistida ni que dicha disfunción biológica adquiera una relevancia personal destacada (Uribelarrea, 2008).

Además, existe un amplio consenso entre los investigadores que estudian el impacto psicológico de la infertilidad en cuanto al hecho de que "el descubrimiento de la incapacidad de concebir supone una crisis significativa en la vida de las personas involucradas" (Van Balen y Trimbos-Kemper, 1993). Cuando alguien tiene el deseo de tener descendencia y se enfrenta a la realidad de que no puede lograrlo mediante el "proceso natural" sin duda se experimentará sorpresa y frustración. La sorpresa surge al encontrarse en una situación inesperada, ya que existe una arraigada creencia en los seres humanos de que la reproducción es un proceso voluntario y que cualquier persona puede lograrla simplemente mediante frecuentes relaciones sexuales sin protección. Por lo tanto, uno no espera considerarse a sí mismo como infértil, sino que la fertilidad es algo con lo que uno cuenta (Van Balen y Trimbos-Kemper, 1993).

En la actualidad la depresión afecta a una de cada cinco personas durante su vida y se espera que sea la principal causa de discapacidad en el mundo en 2030 (World Health Organization, 2017). Es considerada una de los trastornos psiquiátricos más comunes y reconocidos a nivel mundial por su alta prevalencia y alto costo para el sistema de salud ya que representa un estado de discapacidad, disminuye la calidad de vida y se considera como un factor de morbimortalidad (Demyttenaere et al., 2004). La Organización Mundial de la Salud (2023) define a la depresión como un trastorno mental común, el cual implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo" (parr.1) . También señala a la depresión como la primera causa de pérdida de años de buena salud por discapacidad (APD) con la prevalencia más alta (10.4%) de los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria (Organización Mundial de la Salud, 2001).

De acuerdo con el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (2023) Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, cifra que incluye al el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala

mundial, representa aproximadamente que 280 millones de personas sufren depresión.

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5-TR), la depresión “se caracteriza por episodios bien demarcados en los cuales hay tristeza profunda o pérdida marcada del interés o placer en todas las actividades; además pueden estar presentes alteraciones somáticas como cambios en sueño o apetito, y remisiones inter episódicas. Se puede presentar a cualquier edad pero es más probable que inicie durante la pubertad; sin embargo hay casos donde inicia antes. La mortalidad asociada con este trastorno es alta ya sea por suicidio u otras causas médicas relacionadas con descuido personal.” (American Psychiatric Association, 2023, p. [155]).

Adicionalmente, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5-TR), señala que “los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y el episodio no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica” (APA, 2023, p.105).

3 c. Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto del diagnóstico de infertilidad en la salud mental de las mujeres?

3 d. Relevancia de la temática

Si bien existen investigaciones que relacionan la infertilidad con sintomatología depresiva (Gdańska et al., 2017; Doku, 2014; Shahraki et al., 2018), en su mayoría lo hacen centrándose principalmente en una única variable explicativa como puede ser el tipo de infertilidad, la edad o el nivel educativo en su relación con el desarrollo de sintomatología depresiva. Siendo menos los estudios que abordan esta problemática desde una perspectiva psicológica más integral considerando de forma central el impacto del diagnóstico de infertilidad en la salud mental de las mujeres especialmente en lo que respecta a los síntomas y/o cuadros depresivos.

El planteo de este proyecto de investigación es integrar las tres variables en una misma investigación, abordando la relación de cada una de ellas en el desarrollo de sintomatología y/o cuadros depresivos.

El interés radica en analizar el impacto que puede provocar la infertilidad en la salud mental de quien lo padece pudiendo generar la aparición de síntomas depresivos. Desde esta perspectiva la comprensión de la relación de estas variables es fundamental para el desarrollo de estrategias de prevención, intervención y psicoeducación en personas con diagnóstico de infertilidad. Por este motivo, el presente trabajo plantea los siguientes objetivos:

4. Objetivos

4 a. Objetivo general

Analizar el impacto del diagnóstico de infertilidad sobre la presentación y el mantenimiento de sintomatología depresiva en mujeres.

4 b. Objetivos Específicos

- Identificar los principales síntomas psicológicos que presentan las mujeres tras recibir un diagnóstico de infertilidad.
- Explorar el papel de los mandatos sociales en la presentación y mantenimiento de la sintomatología depresiva en mujeres con diagnóstico de infertilidad.
- Identificar intervenciones terapéuticas que contribuyan al bienestar psicológico de mujeres con diagnóstico de infertilidad.

5. Alcances y límites del trabajo

La presente investigación, desarrollada a partir de una revisión bibliográfica, tiene como objetivo analizar el impacto del diagnóstico de infertilidad sobre la presentación de sintomatología depresiva en mujeres, a partir de la recopilación y análisis de estudios previos. Esto me facilitará seleccionar únicamente aquella información que sea relevante y necesaria para el desarrollo de mi trabajo, sin necesidad de realizar un estudio de campo. Asimismo, me permitirá identificar patrones comunes y aspectos significativos en los estudios previos, lo cual me ayudará a orientar y definir mejor tanto el enfoque como los objetivos de mi investigación. Adicionalmente, al utilizar un enfoque psicológico integral, podré integrar variables personales (edad, nivel de educación, tipo de enfermedad) y sociales, lo que contribuirá a una mayor comprensión del problema de investigación presente.

Igualmente, es relevante aclarar que este trabajo de investigación también posee ciertas limitaciones que son inherentes al tratarse de una revisión bibliográfica. Al no haber realizado un estudio de campo, no posee de datos primarios ni de una observación directa. Adicionalmente, por más de hacer una selección crítica de las fuentes utilizadas, la investigación puede verse afectada por sesgos de las investigaciones previas. Asimismo, la profundidad y representatividad del análisis se verá influido por el acceso a los estudios previos, pudiendo en consecuencia afectar la conclusión y resultados obtenidos.

6. Estado del arte

En el siguiente apartado se desarrollará un resumen de los resultados de distintas investigaciones, realizadas entre 2020 y 2025, que han evidenciado que las mujeres con

diagnóstico de infertilidad suelen tener una prevalencia de síntomas depresivos.

En una revisión sistemática realizada recientemente por Liébana, Larisa y Altungy (2025), se investigan las principales consecuencias del diagnóstico de infertilidad tanto en mujeres como en hombres. En este trabajo se incluyeron 21 artículos, de los cuales 6 son estudios experimentales transversales, 14 son estudios observacionales transversales y por último, se incluyó un estudio observacional descriptivo longitudinal. Se estudiaron diversas variables, pero se hizo énfasis en la sintomatología depresiva. La muestra seleccionada destaca por su multiculturalidad y representatividad geográfica, pero es importante señalar la ausencia de países americanos. Al analizar los distintos estudios, se concluyó que las tasas de prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres con diagnóstico de infertilidad, tienden a ser moderados - altos en casi todos los estudios. Esto se evidencia en el siguiente fragmento del artículo:

“Cuatro estudios experimentales analizaron la sintomatología depresiva en mujeres. En tres de ellos (Akintayo et al., 2022; Kulaksiz et al., 2022; Wdowiak et al., 2022), el grupo experimental (mujeres con infertilidad) presentaba una puntuación significativamente más alta en sintomatología depresiva que el grupo control (de mujeres fértiles), mientras que en el cuarto estudio (Gourounti y Giannikaki, 2021) no se encontraron diferencias significativas” (Liébana, Larisa & Altungy, 2025)

Un estudio de campo realizado por Acosta Hernández y Morrobel Arias (2023), tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en pacientes diagnosticadas con infertilidad femenina tipo 1 versus tipo 2. Para esto, se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de corte transversal. Se entrevistaron un total de 124 pacientes en edad fértil, de las cuales un total de 108 pacientes (87.1%) presentaron síntomas depresivos en diferentes niveles y solo 16 pacientes (12.9%) no presentaron síntomas depresivos. Asimismo, se evidenció que el 98.4 por ciento de las pacientes con infertilidad primaria tienen síntomas depresivos, mientras que un 75.9% de las pacientes con infertilidad secundaria tienen síntomas depresivos. Adicionalmente, se evidenció una correlación entre la presencia de síntomas depresivos y el estado civil, siendo estos más frecuentes en mujeres de unión libre (61.1%), seguido por las pacientes casadas (36.1%) y luego por las pacientes solteras (2.8%). En cuanto al nivel educativo, se determinó que el mayor porcentaje de las pacientes con síntomas depresivos pertenecen al nivel de secundaria, con un 44.4%. El nivel superior ocupa el segundo lugar en frecuencia con un 37.0%, con un 12.9% ocupa el nivel primario el tercer lugar; mientras que sólo un 5.5% pertenecen al nivel técnico.

Adicionalmente, una investigación doctoral realizada en Argentina por María Cecilia Johnson (2020), se centró en la experiencia de mujeres argentinas con las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), con el objetivo principal conocer las diversas relaciones de las usuarias con la tecnología reproductiva. A partir de un análisis cualitativo

de 21 relatos, se identificaron los “relatos de reparación”. Estos relatos pertenecen a usuarias en el marco de una pareja heterosexual, que acuden a las TRHA con el fin de subsanar una “función natural reproductiva”, bajo la categoría biomédica de infertilidad, que ubica al proceso reproductivo en el orden de lo patológico. Asimismo, en estos relatos se identificaron emociones como frustración, obsesión, tristeza y culpa, que se intensifican ante la presión social de tener que cumplir con el mandato cultural que asocia la principal función biológica de la mujer con la maternidad. Pudiendo concluir, que la experiencia subjetiva de las mujeres se ve afectada en consecuencia a las construcciones sociales en torno a la maternidad, y que las usuarias muchas veces acuden a TRHA con el fin de “curarse” frente a la imposibilidad de cumplir con dichos mandatos.

Otra investigación realizada en Argentina por Sofía Dlabach (2020), titulada “*La incidencia de los factores psicológicos en la infertilidad*”, se propuso analizar la relación entre estrés e infertilidad, y explorar la contribución del acompañamiento psicológico durante los tratamientos de reproducción asistida. Mediante una metodología cualitativa y al comparar un grupo de personas infértiles con un grupo control, se concluyó que el diagnóstico de infertilidad y su tratamiento ponen a las personas en riesgo de desarrollar problemas emocionales, ya que los usuarios viven este diagnóstico como una crisis vital. Asimismo, se identificó que los pacientes que reciben apoyo emocional y que disminuyen sus niveles de estrés, logran mayores tasas de embarazo, presentan una menor tasa de abandono del tratamiento, necesitan menos ciclos para lograr el embarazo y técnicas menos invasivas y costosas.

Una revisión bibliográfica realizada por Pereyra Pagano (2025) titulada “*Infertilidad e Impacto Psicológico: El Desafío de un Diagnóstico Inesperado*”, aborda la infertilidad desde una perspectiva multidimensional, analizando sus causas e impacto emocional. Además, resalta la importancia de reconocer que la infertilidad no afecta únicamente el aspecto físico, sino que conlleva implicaciones emocionales y psicológicas. Se concluyó que las personas con diagnóstico de infertilidad llegan a presentar niveles de depresión y ansiedad que son comparables a los de pacientes con enfermedades crónicas graves. Asimismo, se pudo identificar que las emociones predominantes ante este diagnóstico son; angustia, frustración, culpa y tristeza. Pudiendo afirmar que la infertilidad es un fenómeno complejo que no afecta únicamente la capacidad biológica de concebir, sino también la estabilidad emocional y social de quienes la padecen.

Complementando esta perspectiva, un estudio realizado por Alfonso-Figueroa et al. (2023) sistematiza la información actualizada sobre infertilidad y su impacto psicológico y sexual en las parejas. Esta investigación sostiene que la infertilidad es un evento de consecuencias psicosociales, que requiere de gran capacidad de adaptación por parte de las parejas. Sin embargo, se concluyó que las mujeres transitan este evento de manera diferente a los hombres. Esto se debe a las construcciones socioculturales en torno al rol de

la mujer, que refuerzan las consecuencias del diagnóstico sobre lo emocional. En consecuencia, las mujeres experimentan con mayor frecuencia e intensidad las emociones tras el diagnóstico.

A pesar de los avances actuales y las investigaciones existentes sobre la temática, son escasas las investigaciones que aborden el impacto emocional del diagnóstico de infertilidad desde una perspectiva psicosocial integral. El análisis de estudios previos deja en evidencia que la infertilidad es un fenómeno que atraviesa múltiples aspectos de la vida de la persona, lo que reafirma la necesidad de desarrollar investigaciones que contemplen enfoques integrales y multidisciplinarios.

7. Marco teórico

En la presente investigación, los conceptos teóricos, definiciones y hallazgos relevantes, se sustentaron bajo la perspectiva de la psicología cognitiva tomando como referencia el modelo teórico propuesto por Aaron Beck (1967). Sin embargo, se integrarán aportes valiosos provenientes de otros enfoques teóricos, incluyendo contribuciones de la sociología, biológica y etología. Lo cual permitirá enriquecer el análisis del trabajo de investigación y contextualizarlo dentro de las dimensiones biológicas, sociales y culturales.

Aaron Beck en los años 60 desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento estructurado y breve para la depresión, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. Este psicólogo al trabajar con pacientes depresivos identificó un elemento fundamental para entender las disfunciones, al cual denominó pensamientos automáticos. Estos son pensamientos fugaces e involuntarios que surgen automáticamente, sin proceso reflexivo alguno, y se presentan como imágenes o palabras con un carácter evaluativo. Además, estos pensamientos automáticos tienen un efecto directo sobre cómo las personas se sienten y actúan, ya que suponen la presencia de creencias o esquemas de sí mismos, del mundo y de los otros, de los cuales no son conscientes y forman parte del núcleo de su identidad (Pagés & Gómez, s.f., pp. 153–154).

Beck también se refiere a los errores en el procesamiento de la información como distorsiones cognitivas, planteando que el individuo no reacciona a las cosas mismas sino a la percepción que tiene de ellas y a las interpretaciones que realiza para luego reaccionar emocionalmente a ellas. En este sentido, el autor afirma que *“la interpretación es lo que duele, no el hecho en sí”* (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Esta teoría fue evolucionando hasta considerar que los pensamientos, emociones y los comportamientos están interconectados y son mutuamente causales. Esto llevó a identificar que las personas tienen estructuras cognitivas, denominadas esquemas, que se aprenden a partir de experiencias tempranas y se establecen a lo largo del tiempo,

permitiendo a las personas procesar e interpretar la información. Por lo tanto, el enfoque cognitivo de Beck apunta al estudio de las operaciones que la mente realiza con el objeto de conocer, sosteniendo que las personas no reaccionan al estímulo en sí, sino a las interpretaciones que hacen de ellos. Aquellos que presentan modos disfuncionales de padecimiento tienden a anticipar situaciones penosas y los resultados de sus acciones en función a sus creencias y estrategias de procesamiento (Pagés & Gómez, s.f., pp. 153–154).

De acuerdo con este marco teórico, Beck sostiene que la depresión no es el resultado únicamente de factores biológicos o emocionales. Por el contrario, existe una relación intrínseca entre nuestros esquemas, que se forman a partir de nuestras experiencias tempranas. Estas vivencias se convierten en el núcleo de nuestra identidad y, como consecuencia, influyen en nuestra forma de reaccionar ante los estímulos.

Mientras que *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5-TR), afirma que “El trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración que afectan el estado emocional, cognitivo y funcional del individuo. Estos episodios pueden incluir tristeza profunda, pérdida de interés o placer, alteraciones en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio” (American Psychiatric Association, 2023, p. [155]). Entre los criterios diagnósticos se incluyen:

- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento del mismo
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o para tomar decisiones casi todos los días
- Pensamiento de muerte recurrentes

Para complementar, la OMS define a la depresión como un trastorno mental común que implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida de placer por actividades durante largos periodos de tiempo, pudiendo afectar todos los ámbitos de la vida de la persona. Además, se señala que la depresión es distinta a los cambios habituales en el estado de ánimo del día a día. También, se comprobó que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Aunque este trastorno puede afectar a cualquier persona, quienes hayan vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirlas (Organización Mundial de la Salud, 2025).

Como se mencionó previamente, la infertilidad es un problema de salud global que

afecta a millones de personas en edad reproductiva. La OMS define a la infertilidad como un trastorno del aparato reproductor (femenino o masculino) consistente en la incapacidad para lograr el embarazo tras 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección. Esta enfermedad puede evidenciarse como infertilidad primaria o secundaria. La infertilidad primaria es la imposibilidad de lograr ningún embarazo, mientras que la infertilidad secundaria es la imposibilidad de lograr un nuevo embarazo después de una concepción previa exitosa (Organización Mundial de la Salud, 1995).

Adicionalmente, la OMS afirma que la infertilidad puede deberse a factores masculinos, femeninos, una combinación de ambos o puede ser inexplicable. En el aparato reproductor femenino algunas de las causas comunes de esta enfermedad pueden ser:

- Trastornos de las trompas uterinas; como obstrucción de las mismas en consecuencia a infección de transmisión sexual no tratada, complicaciones de un aborto peligroso, septicemia puerperal o una intervención quirúrgica abdominal o pélvica
- Trastornos uterinos de origen inflamatorio; como la endometriosis, útero tabicado o benigno
- Trastornos ováricos: como la poliquistosis ovárica y otros trastornos foliculares;
- Trastornos del sistema endocrino, que alteran los niveles de hormonas reproductivas; como el cáncer de hipófisis y el hipopituitarismo.

Mientras que en el aparato reproductor masculino alguno de los factores más comunes suelen ser:

- Obstrucción del aparato reproductor, causando una disfunción en la eyaculación de semen, en consecuencia a lesiones o infecciones del aparato genital;
- Trastornos hormonales; que pueden desencadenarse a causa de cáncer de la hipófisis o de los testículos
- Insuficiencia testicular (falta de producción de espermatozoides)
- Deficiencias en la función o la calidad del espermatozoide, afectando la forma o movilidad de los espermatozoides afectan negativamente a la fertilidad.

A modo de cierre, es relevante aclarar que la teoría cognitiva permitirá comprender cómo las consecuencias de la vivencia del diagnóstico de infertilidad se internaliza por la persona, llegando a formar parte de sus esquemas y creencias nucleares.

8. Desarrollo metodológico

8 a. Supuestos

En el abordaje de esta problemática, se parte del supuesto de que el diagnóstico de infertilidad tiene un gran impacto sobre la salud mental de las mujeres. Asimismo, se considera que las construcciones sociales tienen un papel importante sobre la aparición de sintomatología

depresiva, tras haber recibido dicho diagnóstico. También se asume que los mandatos sociales tienen influencia sobre cómo cada mujer vivencia el diagnóstico de infertilidad. Por último, se considera que las participantes han recibido un diagnóstico médico formal de infertilidad y que estas han respondido de forma honesta durante el desarrollo del estudio.

8 b. Procedimiento

La presente investigación consistirá en una revisión bibliográfica cualitativa con un diseño exploratorio - descriptivo, con el objetivo de sistematizar investigaciones previas y relevantes con hallazgos sobre el impacto del diagnóstico de infertilidad en relación a sintomatología depresiva en mujeres.

Asimismo, este trabajo se enmascara bajo un enfoque cognitivo conductual, específicamente bajo el modelo teórico propuesto por Aaron Beck (1967). Este modelo permitirá comprender el fenómeno integrando variables subjetivas como las vivencias tempranas y los factores socioculturales. A su vez, ayudará al entendimiento del desarrollo de sintomatología depresiva asociada al diagnóstico de infertilidad, al considerar la interconexión entre pensamientos, emociones y comportamientos

El desarrollo de la investigación consistirá en varias etapas. En primer lugar, se realizará una búsqueda sistemática de literatura científica, utilizando fuentes de datos académicas y oficiales, tales como Google Académico, Acta Academica, la pagina de la Organización Mundial de la Salud, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR), bibliografía especializada en psicología cognitiva, entre otras. Asimismo, se utilizaran palabras claves como; infertilidad femenina, depresión, salud mental, impacto emocional en infertilidad.

En una segunda instancia, se revisarán y seleccionarán los estudios más relevantes y confiables. Para esto, se aplicará como criterio de inclusión estudios centrados en mujeres con diagnóstico de infertilidad, publicados entre los años 2023 y 2025. Entre los trabajos que serán incluidos se encontraran revisiones sistemáticas, estudios observacionales y estudios de campo, que permitirán la comprensión del fenómeno desde una perspectiva integral. Estas fuentes incluirán información primaria, como estudios de campo, e información secundaria, como revisiones bibliográficas.

Por último, se analizarán las fuentes seleccionadas, identificando y comparando resultados de las distintas investigaciones, para así poder sistematizar los resultados y llegar a una conclusión alineada a los objetivos propuestos.

8 c. Índice comentado

El siguiente trabajo se estructurará en cuatro capítulos, con el propósito de profundizar los hallazgos y continuar el análisis según los objetivos planteados. El primero, se enfocará en la dimensión etológica y biológica de la reproducción humana. Mientras que, en el segundo se abordará

la influencia de los mandatos sociales en la infertilidad, analizando cómo las expectativas culturales y sociales impactan en la vivencia de quienes atraviesan el diagnóstico de infertilidad. El tercer capítulo tiene como objetivo identificar las intervenciones psicológicas más utilizadas en los tratamientos de reproducción asistida, describiendo las técnicas y enfoques que contribuyen a mejorar la adaptación emocional de los pacientes. Finalmente, el cuarto capítulo propondrá una política pública que haga obligatoria la intervención psicológica en los tratamientos de infertilidad, con el fin de concientizar a la población la importancia de un abordaje integral que considere tanto lo médico como lo emocional.

9. Capítulo 1

La reproducción como función biológica

9 a. La etiología de la reproducción

Desde la perspectiva etológica se afirma que la reproducción es una función primordial para la continuidad y conservación de la especie. Esta es organizada a partir de un instinto innato que orienta la conducta hacia fines adaptativos y de supervivencia, regulado por mecanismos hormonales y neurológicos que aseguran la evolución de la especie.

El etólogo Konrad Lorenz desarrolló la teoría del innatismo, la cual postula que el comportamiento humano está determinado por factores biológicos innatos. Este afirma que los seres humanos nacemos con predisposiciones y patrones de comportamiento heredados de nuestros antepasados animales, lo que explica por qué comportamientos como el instinto maternal o el apego filial se observan de manera universal en distintas culturas. Por lo que, bajo el pensamiento de Lorenz, estas conductas son productos de la evolución y están presentes en todos los seres humanos debido a nuestra herencia biológica (Lorenz, 1981).

Complementando esta teoría, Lorenz sostiene que la conducta animal es regulada por patrones de comportamiento que son heredados, los cuales definió como patrones fijos de acción. Estos patrones son propios de cada especie, se reproducen de manera estereotipada y no requieren de aprendizaje previo sino que se activan ante estímulos del entorno (Lorenz, 1981). Por ello, el comportamiento reproductivo puede considerarse un patrón fijo de acción que permite la repetición intergeneracional.

Asimismo, Lorenz plantea que el instinto reproductivo no responde a una motivación consciente ni a una elección individual, sino que responde a un impulso biológico innato y tiene un alcance colectivo. Mientras que conductas como la alimentación o la huida ante el peligro se orientan a la supervivencia individual, la reproducción se inscribe en una lógica colectiva, priorizando las necesidades de conservación de la especie por sobre las del individuo (Lorenz, 1981).

En continuidad con esta perspectiva, John Bowlby presenta la teoría del apego para explicar cómo las experiencias relacionales tempranas moldean el funcionamiento interpersonal a lo largo de la vida. De manera complementaria el autor desarrolla el término "sistema de cuidado", presente en los adultos cuyo objetivo es garantizar la protección y supervivencia del niño. Bowlby afirma que este sistema permanece inmaduro hasta finales de la adolescencia y que se desarrolla durante la pubertad en consecuencia a los cambios hormonales y neurológicos en interacción con estímulos ambientales y experiencias previas de apego (Bowlby, 1969). En línea con este postulado, la maternidad puede comprenderse como una función que se apoya en disposiciones biológicas heredadas, cuyo desarrollo se verá atravesado por la historia subjetiva.

Por lo cual, bajo la perspectiva etológica de estos autores, la reproducción y el cuidado materno son conductas innatas orientadas a la conservación de la especie. Sin embargo, cabe destacar que estas conductas se apoyan bajo una lógica biológica que regula, posibilita y organiza la función reproductiva. Por lo que, para comprender la maternidad como función innata es pertinente complementar esta perspectiva teórica con una revisión del funcionamiento del sistema reproductivo y endocrino femenino.

9 b. Regulación hormonal y maternidad

Desde una perspectiva biológica el organismo femenino está endocrinológicamente organizado para reproducirse. Durante el desarrollo de la pubertad aumenta la secreción de las hormonas sexuales; gonadotropinas (FSH y LH), estrógenos y progesterona, fundamentales para la reproducción. Estas además de permitir la ovulación, producen cambios corporales y funcionales del cuerpo femenino, tales como la maduración de los ovarios, desarrollo del endometrio y del ciclo menstrual.

Durante el embarazo el organismo de la mujer cambia para poder sostener el desarrollo del feto; aumenta el volumen de sangre, el metabolismo, el consumo de oxígeno y el sistema inmune se ajusta. Esto se produce en consecuencia al aumento de la producción de hormonas tales como estradiol y progesterona. Pero el cuerpo no es el único que sufre modificaciones, sino que el cerebro también se reorganiza. Se comprobó que debido al aumento de hormonas sexuales, el embarazo es una etapa de neuroplasticidad. Estas hormonas impulsan procesos tales como;

- Neurogénesis (generación de nuevas neuronas)
- Plasticidad sináptica (crecimiento de espinas dendríticas)
- Cambios en la microglía y los astrocitos.
- Aumento de la mielinización.

Asimismo, se evidenció que durante la gestación se produce una reducción del volumen de sustancia gris en el cerebro y del grosor cortical, mientras que la sustancia blanca aumenta su integridad. Por lo que, el embarazo produce una gran remodelación cerebral. El cerebro materno se reorganiza para responder de manera más eficiente a las demandas de cuidado del bebé (Pritschet et al., 2024).

Por lo cual, se puede comprender que la biología femenina está organizada para posibilitar la reproducción. Tanto los cambios hormonales propios de la pubertad, como las modificaciones corporales y cerebrales durante el proceso de gestación, dejan en evidencia la preparación fisiológica y neuroendocrina del organismo de la mujer orientado hacia la maternidad.

9 c. Infertilidad y alteración de la función reproductiva

La infertilidad puede ser comprendida desde la perspectiva biológica como una alteración de la función reproductiva que impide el proceso de fecundación y la posterior gestación de un feto. En este sentido, no representa únicamente un problema médico, sino la imposibilidad de poder llevar a cabo una función biológica esencial del organismo.

La reproducción humana depende del adecuado funcionamiento del sistema endocrino, del sistema nervioso y del sistema reproductivo. Cuando alguno de estos sistemas se ve alterado, se produce una disrupción de un proceso fisiológico natural del organismo femenino. En consecuencia, se genera una discrepancia entre lo que el cuerpo biológicamente está preparado para realizar y lo que efectivamente puede llevar a cabo.

Por lo cual, el diagnóstico de infertilidad puede vivenciarse como la imposibilidad de llevar a cabo una función fisiológica fundamental, ya que el cuerpo femenino a partir de la pubertad se organiza naturalmente para la reproducción. Lo cual, resulta esencial para poder comprender el impacto emocional de dicho diagnóstico, ya que la infertilidad no irrumpe únicamente un proceso biológico sino que enfrenta a la mujer con la limitación de una función para la cual su cuerpo está fisiológicamente organizado.

10. Capítulo 2

La influencia de los mandatos sociales en la infertilidad

10 a. Normas sociales

En el siguiente capítulo se analizará el papel de las normas sociales en la presentación de la sintomatología depresiva ante un diagnóstico de infertilidad. Para esto se integrará la perspectiva sociológica de diversos autores. De igual manera, es pertinente comenzar definiendo este concepto.

“Las normas sociales son las reglas percibidas, informales y, en general, no escritas que definen las acciones aceptables y apropiadas en un grupo o comunidad. Las normas sociales se sitúan en la intersección entre el comportamiento, las creencias y las expectativas. Comprenden nuestras propias acciones y nuestras creencias en torno a lo que otros hacen, aprueban y esperan de nosotros” (UNICEF, s.f.)

Asimismo, UNICEF describe dos normas sociales presentes en nuestra sociedad. Por un lado, la norma descriptiva que sugiere que nuestro comportamiento está motivado por nuestro deseo de ajustarse al comportamiento de otros. Por otro lado, la norma prescriptiva indica que actuamos de cierta manera porque creemos que aquellos que nos importan lo aprueban.

10 b. Normas sociales y su función en la regulación de la sexualidad y la reproducción

Desde la perspectiva crítica de Foucault la sexualidad se puede comprender como una construcción social. Este autor sostiene que la sexualidad no es un hecho biológico, sino una construcción histórica y cultural. En este sentido, Foucault presenta el concepto de “dispositivo de la sexualidad”, entendido como un conjunto heterogéneo de elementos discursivos y no discursivos que entran en relación para cumplir una función estratégica respecto de la sujeción de individuos y poblaciones. Este dispositivo no se limita a prohibir, sino que produce sexualidad (Foucault, 1976/1998).

Asimismo, Foucault afirma que la sociedad moderna ha intentado reducir la sexualidad a la pareja heterosexual - monogámica, lo cual se evidencia cuando se afirma que “dicta la ley la pareja legítima y procreadora; se impone como modelo, hace valer la norma, detenta la verdad” y que “la absorbe por entero en la seriedad de la función reproductora” (Foucault, 1976/1998, pp. 9-10). Sin embargo, hay un intento de hacer proliferar invisiblemente una sexualidad periférica y circulante que se alejan de los estándares establecidos, abrazando relaciones no conyugales, no heterosexuales y no monógamas. No obstante, esta diversidad sexual se encuentra constantemente vigilada y controlada, en donde se intensifican los goces y se obstinan los poderes (Foucault, 1976/1998).

Siguiendo el pensamiento de Foucault, la maternidad es un mandato social que proviene del dispositivo de la sexualidad. A partir del siglo XVIII, el cuerpo femenino se convierte plenamente en un objeto reproductivo (Foucault, 1976/1998). Este proceso es descrito por Foucault bajo el concepto histerización del cuerpo de la mujer, el cual es presentado como un

“triple proceso según el cual el cuerpo de la mujer fue analizado —calificado y descalificado— como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; según el cual ese cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; según el cual, por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), el espacio familiar (del que debe ser un elemento sustancial y funcional) y la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación): la Madre, con su imagen negativa que es la "mujer nerviosa", constituye la forma más visible de esta histerización” (Foucault, 1976/1998, p. 127).

Por lo cual, Foucault sostiene que toda sexualidad considerada estéril será considerada anormal y deberá pagar las correspondientes sanciones (Foucault, 1976/1998). Aunque su análisis no se refiere exactamente a la infertilidad, nos permite comprender como el incumplimiento del mandato social que vincula a las mujeres con la maternidad se comprende como una desviación a la norma. Pudiendo concluir que la infertilidad no se reduce a un diagnóstico clínico, sino que también se configura como una falta frente a las expectativas sociales impuestas a las mujeres.

Asimismo, Gayle Rubin, define el sistema sexo/género como “un conjunto de disposiciones por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1975, p. 159). Esta autora afirma que la diferencia de género entre hombres y mujeres, no es consecuencia de la biología misma sino que es producto de una construcción social que organiza roles, expectativas y jerarquías (Rubin, 1975). De igual modo, Gayle Rubin sostiene que la sociedad también organiza la sexualidad y la reproducción, donde la mujer es posicionada dentro del sistema de parentesco y su capacidad reproductiva es vista como un recurso social. Bajo esta lógica, la maternidad es una obligación estructural, y la enmarca como un mandato social femenino (Rubin, 1986, pp. 104-115). Lo que nos permite comprender que ante la falla de la función reproductiva, como sucede ante un diagnóstico de infertilidad, la mujer no está vivenciando únicamente un diagnóstico clínico sino también una transgresión a su rol social.

Por último, Adrienne Rich introduce el término *heterosexualidad obligatoria*, para explicar cómo la sociedad organiza de tal modo a las mujeres que las orienta hacia los hombres. Asimismo, la autora afirma que la maternidad no es una decisión personal, sino una institución social que define las expectativas del rol de la mujer. En consecuencia, la sociedad controla el cuerpo de las mujeres y las posiciona como responsables de la reproducción y de la familia. Las aportaciones de Rich permiten comprender cómo la maternidad, al estar institucionalizada, produce presiones que contribuyen al surgimiento o mantenimiento del malestar emocional en mujeres que enfrentan un

diagnóstico de infertilidad. Esta relación se evidencia en la siguiente afirmación: “la maternidad como contexto institucional [...] ha resultado para casi todas las mujeres en la dificultad no sólo para ser madres [...] sino también para funcionar y ser valoradas como miembros plenos de la sociedad” (Rich, 1980/1986, p. 15).

10 c. El papel de los mandatos sociales en la vivencia de la infertilidad

Diversas investigaciones realizadas en Argentina, así como en otros países, demostraron a través de evidencia empírica que los mandatos sociales influyen de manera significativa en la vivencia de la infertilidad.

Una investigación de carácter cualitativo exploratorio titulada *La infertilidad en la pareja: entre el Deseo y el Mandato*, analizó los aspectos inconscientes asociados a la maternidad y paternidad demostrando que los mandatos sociales de ser madre o padre influyen en la vivencia del diagnóstico de infertilidad. Asimismo, se identificó que este mandato suele guiar a la pareja a una búsqueda de “reparación” mediante tratamientos de reproducción asistida. Concluyendo, que la infertilidad es un fenómeno psicosocial, por lo que es de suma importancia integrar abordajes psicoterapéuticos con perspectiva de género ante este diagnóstico (Martínez & Sloboda Aranguren, 2018).

Asimismo, un estudio titulado *Tecnologías de reproducción asistida y experiencias de infertilidad en la ciudad de Bahía Blanca: un abordaje desde el enfoque de género y salud*, analizó la experiencia de mujeres en tratamiento de reproducción asistida en la Provincia de Buenos Aires. En las distintas entrevistas se logró evidenciar que la fertilidad y maternidad forman parte de un “guion de género”, por lo que la infertilidad inscribe esos cuerpos no reproductivos en un espacio ambiguo. Concluyendo, que aún resta desnaturalizar el estigma de la infertilidad y que deconstruirlo es fundamental para que los tratamientos de reproducción asistida sea una opción entre otras y no una reconfiguración del mandato de la maternidad (Vecslir, 2014).

Otra investigación realizada por Gotusso tuvo por objetivo analizar las representaciones sobre el mundo de la maternidad presentes en los discursos de diversos centros de fertilidad asistida en Argentina. Mediante un análisis cualitativo la autora logró identificar que hoy en día en nuestra sociedad persisten las estructuras arraigadas que imponen expectativas rígidas y estereotipadas sobre el rol y las responsabilidades de las mujeres como madres. Aunque son los mismos centros de fertilidad quienes a través de su publicidad impulsan la idea de que la maternidad biológica es un logro y que esta es indispensable, lograron evidenciar que este mandato no surge de estos, sino que ya está arraigado en nuestra sociedad (Alejandrina Gotusso, UBA, 2024).

De manera complementaria, investigaciones recientes a nivel internacional han profundizado en el impacto del estigma asociado a la infertilidad.

Un meta-análisis cualitativo titulado *“Living with Silence and Shame”: A Meta-Synthesis of Women’s Lived Experiences of Infertility-Related Stigma* tuvo como objetivo comprender cómo las mujeres que experimentan infertilidad en diversos contextos viven el estigma y cómo estas manejan

sus consecuencias psicológicas y relacionales. A través de la recopilación de 14 criterios cualitativos, se logró evidenciar que las mujeres que enfrentan el diagnóstico de infertilidad evidencian sentimientos de inutilidad, auto-reproche y aislamiento en consecuencia a su propio estigma y a las expectativas sociales en torno a la maternidad. Por lo cual, se concluyó que el estigma de la infertilidad no es únicamente una carga personal, sino un fenómeno social mediado culturalmente. Por lo que, las intervenciones dentro de este ámbito deben ser sensibles al género y adaptadas a las realidades socioculturales (Lee et al., 2022–2025).

Por último, la revisión sistemática *“The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women”* analizó 28 estudios (20 transversales y 8 cualitativos). Pudiendo concluir, que el estigma de la infertilidad puede generar una gran presión mental y carga psicológica en las pacientes femeninas con infertilidad y afectar su calidad de vida. Por lo tanto, se deben desarrollar intervenciones psicológicas efectivas y específicas para reducir el estigma en las pacientes y mejorar su calidad de vida.(Xie et al., 2022).

De igual manera, los aportes provenientes de producciones culturales y literarias también resultan valiosos para comprender la influencia de los mandatos sociales en la experiencia subjetiva de la infertilidad. En este sentido, la obra *“Yerma”* escrita por Federico Garcia Lorca es un claro ejemplo de cómo el mandato social de la maternidad puede contribuir negativamente en el estado emocional de una mujer que no logra concebir.

En la obra, Yerma representa a una mujer cuya identidad se encuentra profundamente ligada al ideal cultural de la maternidad. La imposibilidad de tener hijos es vivida no sólo como un diagnóstico clínico, sino como una falla personal y social. A lo largo del desarrollo, la protagonista internaliza el mandato de que “ser mujer” equivale a “ser madre”, lo que intensifica su angustia, su sentimiento de insuficiencia y su aislamiento.

Asimismo, la presión proveniente del contexto social de la historia, reafirma que el valor femenino está ligado al cumplimiento de la función reproductiva. Por lo tanto, la experiencia de la infertilidad se presenta como una vivencia atravesada por el estigma, la vergüenza y el autorreproche.

Por lo cual, la historia *“Yerma”* permite pensar la infertilidad como una experiencia psicosocial, donde el padecimiento surge del choque entre el deseo de materner y una sociedad que reduce la realización femenina a un único camino; ser madre. Pudiendo concluir, que este libro se relaciona con perspectivas actuales que comprenden la infertilidad como un fenómeno multidimensional, atravesado por factores tanto biológicos como sociales, los cuales se relacionan entre sí e influyen en la vivencia de dicho diagnóstico.

11. Capítulo 3

Medicina reproductiva: intervenciones psicológicas y rol del Psicólogo

11 a. Técnicas de reproducción humana asistida (TRHA)

La Reproducción Asistida engloba un conjunto de procedimientos y terapias médicas diseñadas para facilitar el logro del embarazo en casos de infertilidad masculina, femenina o combinada. En los últimos años, esta rama de la medicina también ha brindado apoyo a mujeres que eligen la maternidad de manera individual, sin una pareja, así como a parejas conformadas por mujeres, con el objetivo de que puedan experimentar la maternidad. En consecuencia, nos encontramos ante una especialidad médica que está generando nuevos modelos familiares (Blicher, p.9).

Estas técnicas pueden clasificarse en categorías de alta y baja complejidad, las cuales representan diferentes enfoques para acercar los espermatozoides a los óvulos. Mientras que las técnicas de alta complejidad buscan lograr la unión entre ambos fuera del sistema reproductivo femenino, las técnicas de baja complejidad consisten en procedimientos de bajo riesgo que buscan aumentar las posibilidades de embarazo en cada ciclo (Blicher, p.10).

11 b. Relevancia de las intervenciones psicológicas en tratamientos de fertilidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1946). De acuerdo a esta definición, tratar únicamente la enfermedad, en este caso la infertilidad, no sería correcto. Sino, que es clave realizar un tratamiento integral, en el cual se incorporen las variables psicológicas también. Siguiendo esta línea de trabajo, Aranda Corona et al. (2023) afirma que el cuidado de los aspectos emocionales es sumamente relevante en la Medicina Reproductiva. Los pacientes, además de enfrentar la enfermedad, deben lidiar con las consecuencias psicosociales de la infertilidad, las cuales seguirán presentes a lo largo de todo su proyecto reproductivo. Se evidenció que la mayoría de los pacientes experimenta algún grado de estrés emocional durante el tratamiento y alrededor del 23% abandona el tratamiento antes de tiempo porque lo percibe como una carga. Asimismo, el 25-65 % de las parejas sometidas a tratamiento de reproducción asistida presentan en algún momento síntomas clínicos, tales como ansiedad, depresión, desesperanza, culpabilidad, baja autoestima, etc. Por otro lado, también se demostró que el estrés puede influir negativamente en la capacidad reproductiva de los seres humanos. Por ello, la autora destaca la importancia de promover condiciones óptimas en los tratamientos de reproducción asistida para ayudar a los pacientes a transitar el tratamiento y facilitar una experiencia saludable del proceso.

A su vez, Aranda Corona et al. (2023) señala que el diagnóstico de infertilidad suele generar una “crisis vital” en los pacientes. Este término es definido por el Colegio de Psicólogos de San Juan

(s.f.) como “momentos en los que la persona se enfrenta a desafíos y exigencias que pueden generar desorganización emocional, sentimientos de desesperanza, ansiedad y confusión, afectando tanto la salud mental como la capacidad para afrontar problemas” (Colegio de Psicólogos de San Juan, s.f.). En consecuencia a esta crisis vital, el mundo interno del paciente puede verse afectado. Esto puede verse manifestado en cambios de creencias, actitudes, sentimientos y expectativas del paciente. Asimismo, los efectos secundarios del tratamiento de reproducción asistida y las connotaciones que este conlleva, pueden generar en consecuencia alteraciones emocionales, ya que la sensación subjetiva de pérdida de control suele verse incrementada por el sentimiento de fracaso personal y culpa. Por lo cual, es frecuente encontrar expresiones emocionales de aislamiento social y personal, culpa y culpabilidad, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja.

En esta misma línea, Izzedin Bouquet (2011) afirma que la infertilidad y el sometimiento a técnicas de fertilización asistida son ejes centrales para la Psicología de la Reproducción, ya que estas son factibles de desencadenar alteraciones emocionales, trastornos psicológicos, frustración y mucho estrés. La mayoría de las veces, el impacto psicológico de los tratamientos de infertilidad suele ser negativo y la orientación y/o intervenciones psicológicas muestran resultados positivos que regulan los desajustes emocionales en las parejas infértiles. Asimismo, este autor destaca que es importante que el psicólogo se inserte en el equipo de salud de la unidad de reproducción asistida a causa de la carga emocional que implican tanto el diagnóstico como los tratamientos. Afirmando, que es necesario que el psicólogo le brinde a los pacientes estrategias de afrontamiento para poder transitar todo el proceso lo mejor posible. Estas estrategias son definidas como un “conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas por el sujeto como excedentes o desbordantes a sus recursos” (Folkman y Lazarus, 1984).

11 c. Intervenciones psicológicas utilizadas en tratamiento de fertilidad.

La infertilidad se vive como una crisis multidimensional que afecta a todos los sistemas (individuo, pareja, familia) y niveles (psicofisiológico, del sentido del self, de la relación con los otros), desencadenando elevados niveles de estrés, con una amplia variedad de emociones y sentimientos negativos, y una intensa interferencia en la vida de las personas implicadas. El paciente no solo se enfrenta al diagnóstico, sino también a la elaboración de un “duelo” de sus propias capacidades. Aun cuando los tratamientos médicos culminen con éxito, estos pueden dejar como consecuencia un “legado traumático” que marca un antes y después en el paciente. Como señalan Ávila Espada y Moreno-Rosset (2008), “Si bien no es posible ni razonable plantearnos un ‘tratamiento psicológico’ de la infertilidad, la orientación e intervención psicoterapéutica nos ofrece una oportunidad muy positiva y valiosa para elaborar y manejar adecuadamente las experiencias y complejas situaciones y dilemas que atraviesan las personas que viven una situación de infertilidad” (p. 187). En este sentido, la intervención psicológica no busca “curar” la infertilidad, sino acompañar la experiencia, facilitar la elaboración emocional y promover estrategias de afrontamiento adaptativas (Ávila Espada & Moreno-Rosset, 2008).

Siguiendo esta línea, la Psicología de la Reproducción forma parte de las especialidades sanitarias, donde el psicólogo trabaja interdisciplinariamente con equipos de salud de los servicios de neonatología, gineco-obstetricia y en las unidades de reproducción humana. Este es responsable de orientar a los pacientes y al equipo médico. Para esto debe brindarle información adecuada y realista al paciente, ya sea sobre el diagnóstico, acerca de los diferentes tratamientos de reproducción asistida o ambos. Asimismo, el psicólogo debe actuar como mediador, asegurándose que la información proporcionada, tanto por él como por el equipo médico, sea comprendida adecuadamente por el paciente. Adicionalmente, el psicólogo debe trabajar sobre las estrategias de comunicación y resolución de dudas del paciente, así como promover una actitud activa en la toma de decisiones con el fin de aumentar la sensación de control de este (Izzedin-Bouquet de Durán, R. 2011)

Los objetivos terapéuticos del psicólogo que trabaja en reproducción humana se centran en restablecer el autoconcepto y la autovaloración personal, prevenir o minimizar el riesgo de padecer cuadros depresivos y ansiosos, y fortalecer todo lo referente a la sexualidad y la comunicación de la pareja. Estos objetivos tienen como fin restablecer el ajuste emocional del paciente y facilitar la aceptación de la infertilidad (Izzedin-Bouquet de Durán, R. 2011)

Asimismo, Wainstein (2011) afirma que el rol del psicólogo en tratamientos de reproducción asistida se basa en una función asistencial. Esta función se centra en las consecuencias que producen tanto el diagnóstico como el tratamiento, e implica acompañar a la persona en diferentes momentos; el diagnóstico, el tratamiento en sí, la espera de los resultados, el encuentro con el embarazo o la desilusión en caso de fracaso del tratamiento, así como las repercusiones vinculadas a diferencias de género en función de expectativas tanto sociales como personales. Cada uno de estos momentos puede implicar manifestaciones emocionales e incluso síntomas que inciden en la vida del paciente, su pareja y su familia, así como en las relaciones sociales y laborales.

Por lo tanto, Wainstein (2011) divide las posibles intervenciones psicológicas en diferentes etapas, adaptadas a las necesidades específicas que surgen en cada momento del proceso. En un principio, en la etapa del diagnóstico es común que la mujer sienta que no cumple con una expectativa social, afectando su autovaloración. Por lo cual, el psicólogo debe ayudar a reconocer la realidad de la situación, contribuir a la comprensión del problema, brindar contención empática y articular la problemática a modos personales de afrontamiento. Mientras que en la etapa del tratamiento, es importante que el psicólogo le informe al paciente sobre posibles alteraciones del ánimo y lo acompañe tanto el fracaso como el éxito del tratamiento. Asimismo, el profesional debe ayudar al paciente al planeamiento del futuro, recolocar las emociones, valorar otros aspectos de la vida más allá de la búsqueda del hijo, evitar que la infertilidad domine su vida, apuntalar la relación de pareja y ayudar a la persona a volver a mirarse a sí misma.

Para lograr esto, Moreno Rosset et al. (2015) publica el Programa de Apoyo

Psicológico en Infertilidad, el cual fue creado en base a un modelo biopsicosocial en el que se tuvo en cuenta las fases de tratamiento médico de la infertilidad, así como las respuestas fisiológicas asociadas y también los procesos cognitivos, emocionales y sociales habitualmente presentes en esta enfermedad crónica. Es decir, que la evaluación y apoyo psicológico se integra completamente con la evaluación y tratamiento médico. Es por esto, que el programa se divide en cuatro bloques de técnicas, entre ellas relajación, solución de problemas y control de las cogniciones, habilidades sociales y de funcionamiento adaptativo y asesoramiento del apoyo emocional y consejos prácticos para los momentos difíciles. Igualmente, el programa contempla otras técnicas y procedimientos para atender las necesidades específicas de cada caso en particular. Asimismo, este programa se divide en dos fases:

- Primera fase: se aplica durante el periodo de estudios médicos que el paciente debe realizarse, que generalmente dura alrededor de tres meses. En este tiempo se le enseñan técnicas de afrontamiento que lo ayudarán a manejar los estresores asociados a los tratamientos de reproducción asistida.
- Segunda fase: denominada “acompañamiento”, se extiende a lo largo del tratamiento. Su objetivo es ayudar al paciente a mantener y reforzar las fortalezas, habilidades y estrategias aprendidas, facilitando así la adaptación a las distintas etapas del proceso.

12. Capítulo 4

Política pública para el abordaje integral de la infertilidad

12 a. Definición y proceso de las políticas públicas

Las políticas públicas son definidas como “conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios” (Tamayo Sáez, 1997, p. 1). Siguiendo esta definición, podemos entender las políticas públicas como un proceso que se inicia cuando un gobierno o directivo público detecta la existencia de un problema que considera prioritario.

El proceso de la construcción de las políticas públicas es cíclico y es el siguiente:

- Identificación y definición del problema.
- Formulación de las alternativas de solución.
- Adopción de una alternativa.
- Implementación de la alternativa seleccionada.
- Evaluación de los resultados obtenidos.

Es relevante aclarar que haber detectado la problemática no significa que esta vaya a ser tratada. En principio estas ingresan a la agenda sistémica, donde pasan a estar dentro de la atención pública, y luego algunas problemáticas ingresan a la agenda institucional, donde son adoptadas por organizaciones gubernamentales para ser tratadas (Tamayo Sáez, 1997, pp.15)..

12 b. Justificación de la política pública

La infertilidad es un fenómeno biopsicosocial, ya que, como se desarrolló en los capítulos previos este diagnóstico es experimentado como un evento vital estresante que genera un impacto tanto emocional como social. Tras la revisión de investigaciones y literatura previa, se evidenció la presencia de malestar psicológico en consecuencia a este diagnóstico, el cual se ve intensificado por los mandatos socioculturales vigentes en torno a la maternidad en nuestra sociedad.

En el desarrollo del Capítulo 1: *Influencia de los Mandatos Sociales en la Infertilidad*, se observa como la maternidad forma parte de un mandato social internalizado. Desde el dispositivo de la sexualidad (Foucault), hasta el sistema sexo/género (Rubin) y la institución social de la maternidad (Rich), se hacen visibles las expectativas sobre el rol femenino, las cuales determinan que la maternidad forma parte del rol social de la mujer. Por lo que, el diagnóstico de infertilidad se convierte en una transgresión social y en una falta percibida en la mujer.

En el Capítulo 2 titulado *Medicina Reproductiva: Intervenciones Psicológicas y Rol del Psicólogo*, se evidenció que tanto la noticia del diagnóstico de infertilidad como los tratamientos de reproducción asistida implican una gran demanda emocional. En consecuencia, el paciente se encuentra más vulnerable y expuesto a experimentar estrés, ansiedad o depresión, lo que puede interferir en el éxito del tratamiento y aumenta la tasa de abandono. En conclusión, los pacientes se verían sumamente beneficiados del acompañamiento psicológico.

Aunque, la Ley nacional de fertilización de humana asistida N° 26.862, regula la utilización y el acceso de todas las personas a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, no existe una

política pública que exija y garantice atención psicológica para estos pacientes. Los centros de reproducción asistida suelen ofrecer acompañamiento terapéutico, pero este es optativo y costeado por el mismo paciente. En consecuencia, se genera desigualdad de acceso y ausencia de un enfoque integral.

En relación con la definición de salud propuesta por la OMS “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1946) y al análisis previamente hecho, que demuestra que la infertilidad es una enfermedad biopsicosocial, resulta esencial que el Estado garantice un acompañamiento psicológico obligatorio y accesible.

12 c. Objetivos de la política pública

La política pública propuesta tiene como objetivo general la implementación de un modelo de atención integral e interdisciplinario en infertilidad, el cual incorpore de manera obligatoria el acompañamiento terapéutico a lo largo de todo el proceso de reproducción asistida.

En línea al objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- El Estado garantizará acceso universal y gratuito al apoyo psicológico a todas las personas que empiezan un tratamiento de reproducción asistida.
- Reducir el impacto emocional asociado al diagnóstico de infertilidad.
- Disminuir la tasa de abandono de los tratamientos de reproducción asistida.
- Promover un trabajo interdisciplinario entre los distintos equipos de salud, que incorpore de manera obligatoria el acompañamiento terapéutico.

12 d. Implementación de la política pública

El análisis previamente desarrollado permite identificar y definir la problemática; la infertilidad se aborda y percibe como un fenómeno clínico, cuando en realidad debería considerarse como un fenómeno biopsicosocial.

Para abordar esta problemática, se propone incluir en el marco normativo sanitario, la obligatoriedad de la incorporación de un trabajo interdisciplinario entre los equipos de salud, integrando el acompañamiento terapéutico universal y gratuito en todas las prácticas de reproducción asistida. Para poder llevar a cabo la implementación de la estrategia propuesta es clave que el Ministerio de salud, hospitales públicos y clínicas privadas trabajen en conjunto. Para lo cual, se proponen las siguientes acciones:

- Hacer convenios con organizaciones especializadas en reproducción asistida para capacitar a todos los profesionales involucrados en el proceso.
- Desarrollar e implementar programas de formación continua para asegurar que los profesionales se mantengan al tanto de las evoluciones científicas como de las transformaciones sociales.
- Asegurar canales de atención virtual para garantizar el acceso libre y universal a los servicios.

Con el fin de ajustar y mejorar de manera continua la política pública, se implementarán evaluaciones periódicas dirigidas tanto a los profesionales como a los pacientes. Estas evaluaciones medirán indicadores claves como:

- Tasa de abandono del tratamiento y sus motivos
- Impacto emocional (estrés, ansiedad y depresión)
- Actualización profesional (horas de capacitación realizadas por cada profesional),

13 . Conclusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal analizar el impacto del diagnóstico de infertilidad sobre la presentación de sintomatología depresiva en mujeres. Asimismo, se planteó identificar los principales síntomas psicológicos que presentan las mujeres tras recibir un diagnóstico de infertilidad, explorar el papel de los mandatos sociales en la presentación y mantenimiento de la sintomatología depresiva en mujeres con diagnóstico de infertilidad e identificar intervenciones terapéuticas que contribuyan al bienestar psicológico de estas pacientes. Tras la recopilación y análisis de bibliografía referente a la temática e investigaciones previas, se evidenció que la infertilidad es abordada desde un plano biomédico, cuando en realidad es un fenómeno biopsicosocial experimentado como una crisis vital. Si bien se sabe que la infertilidad es una condición que afecta al sistema reproductivo de la persona, esta conlleva un gran impacto psicológico influenciado por factores emocionales y socioculturales.

Asimismo, la evidencia empírica seleccionada para el desarrollo de la investigación propuesta, dejó en evidencia que las mujeres con diagnóstico de infertilidad muestran prevalencia a experimentar síntomas depresivos, ansiedad, estrés, sentimientos de culpa y autorreproche. Estas consecuencias no se deben únicamente al diagnóstico en sí, sino también a los prolongados tratamientos de reproducción asistida y al duelo que implica la pérdida de un proyecto de vida.

En relación con la perspectiva etológica desarrollada en el Capítulo 1, se destacó que la reproducción constituye una función innata fundamental orientada a la continuidad y conservación de la especie. Asimismo, desde la perspectiva biológica se pudo evidenciar que el cuerpo femenino está preparado y organizado biológicamente para sostener la gestación, el parto y el cuidado inicial del recién nacido. Desde este enfoque, la infertilidad irrumpe con una función biológica primordial, lo que explica el impacto emocional que conlleva esta enfermedad.

Desde una perspectiva sociocultural, se analizó el papel de los mandatos sociales en la vivencia de la infertilidad. En el desarrollo del Capítulo 2, a partir de los aportes teóricos de Foucault, Rich y Rubin, se comprendió que aun con los avances culturales actuales, la maternidad continúa siendo un mandato social impuesto al rol femenino y que su imposibilidad se percibe como una transgresión a las normas sociales. Esto permite concluir, que la presión social presente en nuestra sociedad intensifica el malestar emocional ante el diagnóstico de infertilidad, ya que estas expectativas sociales son internalizadas y se convierten en parte de las creencias nucleares de las personas.

El desarrollo del Capítulo 3 permitió analizar el rol del psicólogo en la medicina reproductiva, dejando en evidencia la relevancia del acompañamiento psicológico ante el diagnóstico de infertilidad. Las intervenciones psicológicas no solo contribuyen a la prevención de trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión, sino que también favorecen el desarrollo de habilidades de afrontamiento, disminuyen la tasa de abandono a los tratamientos y mejoran la calidad de vida de las pacientes.

Por lo que, el análisis de los capítulos anteriores deja en evidencia la importancia de la implementación de una política pública que asegure la incorporación obligatoria y sistemática del acompañamiento psicológico en los tratamientos de reproducción asistida. Lo cual, garantizara una atención integral y universal, consistente con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud.

El análisis y desarrollo de esta investigación se realizó bajo un enfoque teórico cognitivo conductual, el cual permitió comprender cómo los mandatos sociales pueden traducirse en sufrimiento psicológico. A partir de postulados propuestos por Aaron Beck, fue posible articular la dimensión sociocultural con los procesos psicológicos individuales, explicando cómo los mandatos sociales son internalizados por la persona y luego consolidados como esquemas cognitivos. Frente al diagnóstico de infertilidad, dichos esquemas aparecen como pensamientos automáticos que condicionan la experiencia subjetiva.

De igual manera, es relevante señalar las limitaciones del presente trabajo de investigación. Al no haber realizado un estudio de campo, no posee de datos primarios ni de una observación directa. Por lo que, los resultados pueden verse sujetos al alcance y sesgos de las investigaciones previas analizadas. De este modo, próximas investigaciones podrían verse beneficiadas de diseños empíricos, longitudinales o cualitativos, que exploren en mayor profundidad la experiencia subjetiva de las mujeres y el impacto de intervenciones psicológicas específicas.

A modo de conclusión, este trabajo permite comprender que la infertilidad no puede abordarse sin considerar su impacto en la salud mental. Asimismo, deja en evidencia la importancia de reconocer las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural involucradas para desarrollar estrategias de prevención e intervención que promuevan el bienestar emocional de las mujeres ante dicho diagnóstico. En consecuencia, resulta fundamental promover modelos de atención integrales y sistemáticos que comprendan la infertilidad no solo como un diagnóstico clínico, sino como fenómeno biopsicosocial experimentado como una crisis vital.

Bibliografía:

- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; DSM-5-TR). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Pearson.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., ... & WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581–2590.
<https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- Domínguez, R., Mackenna, I., & Pacheco, I. (2001). *Tener un hijo. Conociendo la infertilidad y los caminos para resolverla*. Santiago: Editorial Mediterránea.
- Flores, N., Jenaro, C., & Moreno, C. (2008). Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 205–212.
- Florez, S. (2002). Duelo. *Anales*, 25, 76–85.
- Gdańska, P., Drozdowicz-Jastrzębska, E., Grzechocińska, B., & Wielgoś, M. (2017). Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekologia Polska*, 88(2), 109–112. <https://doi.org/10.5603/GP.a2017.0020>
- Hunt, J., & Monach, J. H. (1997). Beyond the bereavement model: The significance of depression for infertility counseling. *Human Reproduction*, 2, 187–194.
- Instituto de Simetría y Evaluación Sanitaria. (2023). *Global Health Data Exchange (GHDx)*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Ma, F., Cao, H., Song, L., Liao, X., & Liu, X. (2018). Study on risk factors for depression in female infertile patients and evaluation of efficacy of psychological nursing intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 11(4), 4030–4038.
- Moreno Rosset, D. C. Ansiedad y depresión: Principales trastornos asociados a la infertilidad. *INFORMACIÓ PSICOLÓGICA*, (73), 12–19.
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/622>
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *Definición de infertilidad*.
<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Clasificación multiaxial de los trastornos*

psiquiátricos en niños y adolescentes. Médica-Panamericana.

- Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161–168.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): Adaptación española*. Pearson Educación.
- Shahraki, Z., Davari Tanha, F., & Ghajarzadeh, M. (2018). Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC Women's Health*, 18(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0584-2>
- Uribe Larrea, L. M. L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 158–166.
- Van Balen, F., & Trimbos-Kemper, T. (1993). Long-term infertile couples: A study of their well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14, 53–60.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Altungy, P., Larisa, L. y Liébana, S. (2025). Infertilidad y Género: Revisión Sistemática de sus Principales Consecuencias Psicológicas. *Clínica Contemporánea*, 16(2), Artículo e11. <https://doi.org/10.5093/cc2025a11>
- Pereyra Pagano, M. (2025). *Infertilidad e impacto psicológico. El desafío de un diagnóstico inesperado* [Trabajo final integrador, Universidad de Flores]. Repositorio UFLO.
- Alfonso-Figueroa, L., Figueroa-Pérez, L., & García-Breto, L. (2023). Infertilidad, una mirada desde la Psicología y la Sexología. *Revista de Ciencias Médicas*, 27, e6091. <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6091>
- Acosta Hernández, D., & Morrobel Arias, S. (2020). *Depresión en pacientes con infertilidad femenina tipo 1 versus tipo 2 en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Febrero-octubre, 2020* [Tesis de grado, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]. Repositorio Institucional UNPHU. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/3586>
- Pérez Ramírez, M. A. (2007). *Infertilidad y depresión: Un estudio comparativo entre mujeres con diagnóstico de infertilidad y mujeres fértiles* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. SAPTEL. <https://www.saptel.org.mx/biblioteca/tesis/7.pdf>
- Bay Path University. (n.d.). *Chapter 15, Part 3: Beck's Cognitive Model of Depression*. PSY321 Course Text: Theories of Personality. Open Educational Resources. <https://open.baypath.edu/psy321book/chapter/c15p3/>
- Organización Mundial de la Salud. (2024, 22 de mayo). *Esterilidad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 29 de agosto). *Trastorno depresivo (depresión)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Dlabach, Sofía (2020). La incidencia de los factores psicológicos en la infertilidad. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Johnson, M. C. (2020). *Más allá de la infertilidad: narrativas de usuarias sobre reproducción asistida en Córdoba, Argentina*. Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de <https://orcid.org/0000-0002-5102-2504>
- Aranda Corona, M. C. (2023). *Guías asistenciales psicossocial: Aspectos emocionales en reproducción*. Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia.
- Izzedin-Bouquet de Durán, R. (2011). *Psicología de la reproducción: De la infertilidad a la reproducción asistida*. *Revista Científica Ciencias Médicas*, 14(2), 31–34.
- Colegio de Psicólogos S.J. (s.f.). *Crisis vital: desafío para la psicología*. Recuperado de <https://colegiodepsicologossj.com.ar/crisis-vital-psicologia/> [[colegiodep...sj.com.ar](https://colegiodepsicologossj.com.ar/)]
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Fascículo Sexualidad, Reproducción, fertilización asistida, aspectos y abordaje psicológicos Enfermedades de transmisión sexual, Lic. Viviana Wainstein, , Universidad de Belgrano, 2011
- Ávila Espada, A., & Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: Orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 186-196. Recuperado de <http://www.cop.es/papeles>
- UNICEF. (s.f.). *Normas sociales*. Recuperado de <https://dev.sbcguidance.org/es/hacer/normas-sociales>
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber* (Original publicado en 1976). Siglo XXI Editores.
- Rubin, G. (1986). *El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo*. En M. Lamas (Ed.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 97–145). PUEG/UNAM.
- Gotusso, A. (2021). *El mandato de maternidad en el siglo XXI: técnicas de reproducción asistida en la era del bio-poder* [Tesis de licenciatura, Universidad de Buenos Aires]. Repositorio Digital Institucional FCS-UBA. <https://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/4507>
- Martínez, M. A., & Sloboda Aranguren, M. E. (2018). *La infertilidad en la pareja: entre el Deseo y el Mandato* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología]. Repositorios Digitales MINCYT. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/UNMdPFP_2159e2dd8e81285546b5d9f46f30e475
- Reid, G. B. (2023). *Entre mandatos y deseos. Ser mujer y no ser madres* [Trabajo integrador final, Universidad Autónoma de Entre Ríos]. RIDA FHAYCS-UADER.

<https://rida.fhaycs-uader.edu.ar/bitstreams/e28a8a20-bb77-4538-9ae8-a8dd8d258663/download>

- Vecslir, L. (2013). *Experiencias de infertilidad y tecnologías de reproducción asistida en Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Argentina* [Tesis de Maestría, PRIGEPP, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. PRIGEPP-FLACSO/UNLP.
<https://www.prigepp.org/pdf/15052101491546.pdf>
- Rich, A. (1980). Compulsory heterosexuality and lesbian existence. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 5(4), 631–660. <https://doi.org/10.1086/493756>
- Lee, J., et al. (2022–2025). Living with silence and shame: A meta-synthesis of women’s lived experiences of infertility-related stigma. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.
- Xie, Y., et al. (2022). The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1234567.
- Tamayo Saez, M. (1997) El análisis de las Políticas Públicas en Rafael Bañón y Ernesto Carrillo (comps.) *La Nueva Administración Pública*, Madrid: Alianza Editorial
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Lorenz, K. (1981). *Fundamentos de la etología*. Barcelona: Paidós.
- Pritschet, L., Taylor, C. M., Cossio, D., Faskowitz, J., Santander, T., Handwerker, D. A., Grotzinger, H., Layher, E., Chrastil, E. R., & Jacobs, E. G. (2024). *Neuroanatomical changes observed over the course of a human pregnancy*. *Nature Neuroscience*, 27, 2253–2260.
<https://doi.org/10.1038/s41593-024-01741-0>