

El significado de la experiencia de infertilidad para un grupo de mujeres puertorriqueñas que anhelan ser madres: un estudio fenomenológico.

Luis A. Hernández Rodríguez, PhD.

Dentro del paradigma cualitativo, se realiza un estudio Fenomenológico para explorar cuál es el significado que otorgan a su experiencia de infertilidad un grupo de mujeres puertorriqueñas que anhelan ser madres. Se emplea el método de análisis de la Teoría Emergente. A través de una serie de entrevistas profundas, se recoge el sentir y pensar de diez mujeres con respecto a lo que ha significado para ellas el hecho de no poder concebir. Siguiendo el proceso de análisis de la Teoría Emergente, se identifican una serie de proposiciones teóricas que nos ayudan a reconceptualizar el fenómeno y proveen avenidas de acción en los procesos de terapia y consejería en casos donde la infertilidad es un factor determinante.

Introducción

Debido al valor social otorgado a la maternidad y no empuja los cambios en torno a los roles sociales del hombre y la mujer en la cultura occidental, ser padres continúa siendo una meta de vida prioritaria para la gran mayoría de los adultos (Ireland, 1993). Es por ello que el incumplimiento de esta expectativa de vida suele acarrear un importante impacto negativo en la salud mental de muchas personas en quienes no se cumple. De acuerdo con investigaciones psicológicas realizadas en el campo de la infertilidad, desde el momento del diagnóstico médico, hasta realizados todos los tratamientos para posibilitar un embarazo, se presentan una multiplicidad de síntomas y manifestaciones que constituyen procesos complejos desde el punto de vista psicológico: estrés, angustia, temor, sube y baja en los estados de ánimo, depresión, resignación y pérdida de autoestima, figuran entre los más importantes (Arranz, Blum y Morales, 2001). Estas manifestaciones psicológicas, también inciden en la relación de pareja, la familia y muchas veces en las relaciones sociales y laborales.

Sin embargo, son pocas las alternativas o recursos con los que cuenta una pareja y muy particularmente una mujer, para hacer frente a lo que algunos autores identifican como la *“crisis de la infertilidad”* (Leader, Taylor y Daniluk, 1984). Desde el punto de vista psicosocial, el tema de infertilidad no ha recibido la consideración que amerita. Las investigaciones que abordan el tema *relación mujer-salud* desde una perspectiva psicosocial, parten de la concepción de la mujer fértil. Así vemos, por ejemplo, cantidad de estudios, programas y material educativo que tratan temas como: embarazo, parto, puerperio, depresión post-parto,

lactancia, control de la natalidad, contraceptivos y aborto, entre otros. La infertilidad como problema o tema de relevancia está ausente (Castañeda y Bustos, 2001).

A pesar de los grandes avances técnico-científicos en el campo de la reproducción asistida, los cuales, sin duda, han logrado que cada día más parejas alcancen su meta de ser padres biológicos, aún son muchas las parejas que no habrán de lograr dicha meta. De acuerdo con el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, 2004), en la actualidad entre 6 y 7 millones de norteamericanos en edad reproductiva no logran concebir o llevar un embarazo a su término y aproximadamente, 9.3 millones de mujeres participan de algún tratamiento de fertilidad, conducente a procrear. Sin embargo, muy poco se sabe sobre cómo, el aproximadamente 50% de los individuos y parejas, cuyos tratamientos de fertilidad no tienen éxito, afrontan una infertilidad permanente (Daniluk, 2001).

La infertilidad o incapacidad para llevar un embarazo a su término, ha sido objeto de estudio desde diversos ángulos. Desde la perspectiva biomédica se ha obtenido gran cantidad de información en áreas como: diagnóstico, fisiopatología, pruebas, pautas de intervención, etc. Por su parte, desde la óptica de la psicología, los estudios han estado orientados hacia el impacto emocional del evento en el bienestar mental de los protagonistas. La literatura científica sobre el tema, establece que aunque ambos miembros de la pareja suelen afectarse de forma adversa ante el diagnóstico de infertilidad, es la mujer quien suele recibir el mayor impacto (Abbey, Andrews y Halman, 1991; Keyston y Kaffko, 1992). Por un lado, la expectativa social ha hecho de la maternidad el rol primario de la mujer, atándolo a la identidad del género, por lo que cuando este mandato no se cumple las consecuencias pueden ser devastadoras; por otro lado, la naturaleza de los procedimientos médicos conducentes a propiciar el embarazo suelen interferir más en la rutina de vida de la mujer, tanto por la frecuencia como por la naturaleza “invasiva” de los mismos.

Propósito: El propósito de este estudio consistió en investigar, cuál es el significado y esencia de la experiencia de infertilidad para un grupo de mujeres puertorriqueñas que deseaban ser madres. Como estudio fenomenológico, se exploraron las estructuras de la conciencia en una experiencia humana desde la perspectiva de los protagonistas. Esto implica que el énfasis de la investigación ha sido centrado en documentar el “*qué sucede*” (textura), a los participantes bajo estudio, y el “*cómo sucede*” la experiencia (estructura), en su

escenario natural, a fin de comprender su significado o esencia. En el caso particular de este trabajo, el propósito era examinar cuál es en su esencia la experiencia de la infertilidad en las mujeres entrevistadas, quienes son protagonistas del fenómeno. Se identificaron y analizaron los temas principales emergentes de las narrativas de las participantes, partiendo de su propio punto de vista.

Metodología:

Dentro de la metodología cualitativa se utilizó un diseño Fenomenológico para fines del desarrollo de la investigación y el método de análisis de la Teoría Emergente, de acuerdo con Glaser y Strauss (1999). Mediante un mecanismo de convocatoria abierta y basado en un protocolo de criterios de inclusión, se seleccionaron 10 participantes con problemas de infertilidad primaria (que nunca han podido concebir). Las participantes fueron orientadas sobre los alcances e implicaciones del estudio y se contó con su consentimiento libre e informado. Se realizaron entrevistas profundas en torno a cuál había sido su experiencia con la infertilidad, permitiendo una narrativa libre, espontánea y fluida.

Discusión y resultados

De las narrativas de las participantes contenidas en las entrevistas, se identificaron aquellos temas o categorías predominantes para fines de análisis. Luego del análisis de estas categorías se establecen algunos planteamientos teóricos, los cuales representan una aportación a la psicología en términos de ganar una mejor comprensión del fenómeno de infertilidad y a su vez, de poder desarrollar procedimientos de intervención más efectivos.

Siguiendo el modelo de análisis de la Teoría Emergente, la información obtenida de las diferentes fuentes fue organizada siguiendo el procedimiento que se describe a continuación:

Codificación abierta: Inicialmente, la información referente al fenómeno bajo estudio proveniente de las entrevistas a cada participante fue recopilando y organizando de forma segmentada en un formato conocido como “*Codificación abierta*”. En este primer paso se van identificando todas las posibles **categorías** o temas que emergen de la información compartida por las participantes. Estas categorías o temas van dirigidos a la búsqueda de: *¿Qué está sucediendo aquí?, ¿Cuál es la situación? y ¿Cómo las personas están manejando sus roles?* Durante el proceso de la entrevista es común que alguno de los temas (a veces

más de uno) aflore o emerja con mayor frecuencia o fuerza. Este habrá de constituir la categoría central. Cada categoría obtenida posee una serie de dimensiones o propiedades identificadas como **sub-categoría**. Estas sub-categorías son examinadas dentro de un continuo para determinar las posibilidades extremas de cada propiedad.

Codificación axial: en la etapa de Codificación axial la información vuelve a ser organizada, pero de una manera diferente. Se presenta cada categoría mediante el uso de un modelo o diagrama lógico donde se identifica un fenómeno central o categoría central respecto del fenómeno bajo estudio, se exploran las **condiciones causales** (categorías o condiciones que influyen al fenómeno), se especifican las **estrategias** (acciones o interacciones que resultan del fenómeno central), se identifican el **contexto** y las **condiciones intervinientes** (condiciones generales y específicas que influyen las estrategias) y se delinea las **consecuencias** (resultados de las estrategias) para el fenómeno. Al final de este proceso la información queda más condensada y mejor relacionada entre sí.

En esta investigación he identificado seis categorías principales. Cada categoría posee una serie de subcategorías que conforman o dan dimensión a la categoría central. Estas a su vez, están representadas por una serie de conceptos o unidades de codificación. En la **Tabla A-1** que aparece a continuación, se presenta un resumen de las categorías principales con sus respectivas sub-categorías.

Tabla A-1

CODIFICACIÓN AXIAL: Resumen de Categorías

Categorías	Sub-categorías	Conceptos
1. Valor conferido a la maternidad	1. Conceptualización de la maternidad	Maternidad biológica Maternidad no biológica Instinto / Aprendizaje
	2. Construcciones sociales en torno a la maternidad	Valor supremo, expectativa social, valor cultural, hijos como legado, elemento de identidad femenina, necesaria para la autorrealización, don, sueño
	3. Valor de la familia	Concepto de familia grande, temor a la soledad en la vejez, sentido de perpetuidad
	4. Anhelos de ser madre	Deseo intenso, ilusión de vivir la experiencia, esperanza que no muere, pensamiento perenne, vacío permanente, atado a eventos de la niñez
	5. Infertilidad como experiencia extrema	Impacto biopsicosocial al no cumplirse
2. Respuesta emocional ante la infertilidad	1. Crisis: torbellino emocional	Evento inesperado, posponer, exceso de confianza, confusión, negación, pérdida de control, desesperación, ansiedad
	2. Dolor psicológico	Sentimiento de vacío y pérdida, culpa, frustración, coraje, impotencia, tristeza, incertidumbre, sentimiento de fallo personal, deterioro autoestima
	3. Efecto significativo en la salud mental	Altibajos en el estado de ánimo, depresión, ansiedad, ataques de pánico, ideas suicidas
	4. Resultados	Aceptación, adaptación, resignación, re-enfoque, redirección
3. Impacto de la infertilidad en la relación de pareja	1. Emociones emergentes	Temores, culpa
	2. Impacto en las relaciones sexuales	Acto sexual mecanizado, pérdida de deseo, injerencia de construcciones y expectativas sexuales
	3. Dinámica de subordinación	Estrés por no complacer pareja, asumir responsabilidad unilateral, negación de la pareja, inacción de la pareja, temor
	4. Deterioro de la relación en general	Problemas de comunicación, diferencias, discusiones, declive de actividades compartidas, resentimientos, culpas, cambios en el comportamiento, ruptura, abandono

Categorías	Sub-categorías	Conceptos
4. Impacto de la infertilidad en las relaciones interpersonales	1. Repercusiones en el núcleo familiar	Presión, intromisión, aislamiento, soledad, incompreensión, pérdida de disfrute, expectativas sociales, celos, exclusión
	2. Repercusiones fuera del contexto familiar	Presión, distanciamiento, prejuicios, pérdida de empatía o afinidad, intromisión, coraje
	3. Cambios en patrones de comportamiento	Conducta de evitación, fingir, aislamiento, crear nuevas relaciones
5. Implicaciones del contexto médico ante la infertilidad	1. Procedimientos médicos como fuente de estrés	Impacto financiero, impacto en la salud, impacto psicosocial, impacto en la autoestima, impacto en la relación de pareja
	2. Profesionales médicos como fuente de estrés	Comunicación deficiente, trato impersonal, distanciamiento, falta de tacto y sensibilidad, insatisfacción, deshumanización, frustración, daño emocional
6. Importancia de los mecanismos de afrontamiento y manejo	1. Recursos personales internos	Mecanismos de defensa, recursos personales, fortalezas, creencias y valores, actitudes, fe/espiritualidad, capacidad de superación
	2. Estrategias específicas	Maternidad vicaria, re-dirigir, re-enfocar, compensar
	3. Fuentes de apoyo	Pareja, familia, amistades, otros, profesionales de la salud mental

Codificación selectiva: Luego de la codificación axial, el proceso de organización de la información se movió hacia una **codificación selectiva**. Este paso consiste en identificar o establecer una historia o hilo conector que enlace las categorías establecidas en la codificación axial. Esta etapa se concluyó construyendo una historia que integrase de forma coherente las particularidades del fenómeno expuestas en la codificación axial, a fin de ofrecer una descripción y explicación del mismo.

Matriz condicional: Finalmente, se elaboró un modelo visual o **matriz condicional**. Esta consiste en una representación gráfica donde se representa y explica la información relacionada con las condiciones sociales, históricas y económicas que influyen en el **Fenómeno Central (FC): la infertilidad**.

El primero y principal tema que emerge de las narrativas de las participantes de este estudio y que constituye la *Categoría Central* fue ***El Valor conferido a la maternidad***. Esta categoría está conformada por las sub categorías: *Construcciones en torno a la maternidad*, el *Concepto de familia y el Valor de la familia*, *Anhelo de ser madre* y la *Infertilidad como experiencia extrema*. El valor conferido a la maternidad es expresado de forma directa, así como mediante una serie de atributos y virtudes adjudicadas, convirtiéndolo en un valor supremo. Así por ejemplo, se describe la maternidad como un don, un sueño, un instinto, una necesidad, una experiencia insustituible y otros. Una participante indica: *“realizas la meta más grande que tiene una mujer, es algo que lo tienes que lograr”*. De acuerdo con Ramennick (2000), el valor conferido a la maternidad sustenta su arraigo en la tradición religiosa del Judaísmo, donde procrear es un imperativo religioso y moral central.

Aunque este valor conferido a la maternidad fue común en todas las participantes, podemos observar dos formas distintas de conceptualizar la experiencia. En la mayoría de las mujeres, el concepto de maternidad está vinculado estrictamente a la concepción biológica y a la experiencia del parto como tal. Para otras mujeres, la maternidad es un concepto más amplio que no se halla atado necesariamente, a la concepción biológica. Estas diferencias surgen de las construcciones sociales y personales respecto a los conceptos de familia y maternidad. Vemos, por ejemplo, que el valor de los hijos en la vejez, las reuniones familiares (familia con hijos) y otros elementos, la continuidad de la familia, darle nietos a los padres y otros factores asociados constituyen elementos importantes en el valor que se confiere a la maternidad por parte de la mujer. Teniendo en cuenta que la maternidad y lo materno son atributos indisolubles de lo femenino, como plantean Albite & Valle (2003), la mujer que no logra concebir es privada del elemento principal de su identidad de género y por ende de su integridad personal. Partiendo de estas construcciones se crea en la mujer un fuerte *anhelo de ser madre* que suele pasar desapercibido mientras no surgen los problemas de fertilidad. Este anhelo de ser madre se convierte en una pesadilla cuando la mujer no logra dicha expectativa adjudicando un valor de *experiencia negativa extrema* a la infertilidad.

Con una concepción de la maternidad enraizada en los estereotipos más tradicionales de la cultura, la no consecución de las expectativas sociales y personales ha significado procesos emocionales difíciles para las mujeres entrevistadas. De ahí que, un segundo tema importante

emergente de las narrativas de todas las participantes de este estudio, fue el *impacto emocional o psicológico* que la experiencia de la infertilidad ha tenido en sus vidas. Una segunda categoría, fue la Respuesta emocional a la infertilidad. A pesar de que no se puede establecer en todas las participantes un proceso secuencial lineal, que describa de forma generalizada los estados anímicos o emocionales por los que atravesaron nuestras participantes, para la gran mayoría de ellas, el proceso incluye una serie de etapas o sub-procesos que van desde: una crisis o torbellino emocional, dolor psicológico más prolongado, efecto significativo en la salud mental y un re-enfoque de vida.

La primera etapa, torbellino emocional, es una especie de sobresalto o sacudida, generalmente acompañado de confusión, incredulidad, sorpresa o negación. Una participante dice: “*yo no podía creer que eso me estuviera pasando a mi*”. Posterior a esta etapa continua una etapa de estrés psicológico, que he identificado como: “*etapa de dolor psicológico*”. Es una etapa caracterizada por la presencia prolongada de una gama de sentimientos tales como: vacío, pérdida, culpa, coraje, frustración, impotencia, soledad y otros, los cuales van provocando fluctuaciones frecuentes en el estado de ánimo. Estas fluctuaciones en el ánimo suelen ser provocadas por pensamientos intrusos y estímulos del ambiente, como pueden ser, ver una mujer embarazada, ver un niño pequeño, tener una menstruación o escuchar una noticia de una madre que maltrata a su hijo.

Respecto a la *etapa de efecto significativo en la salud mental*, las participantes refieren haber pasado por episodios o procesos emocionales de alto riesgo donde comprometieron de forma significativa su salud mental. Entre estos eventos se encuentran: ansiedad, ataques de pánico, depresión mayor, e incluso ideas suicidas. Durante el proceso de análisis se pudo establecer una relación evidente entre la primera y segunda categoría que estriba en que, mientras más tradicional era el concepto de maternidad (atado a lo biológico y a lo “socialmente normal”) más prolongado y doloroso fue el impacto emocional del evento de infertilidad en las participantes. Finalmente, en la mayoría de las participantes entrevistadas, esta etapa fue seguida de un proceso de aceptación, adaptación y re-enfoque de fuerzas para reorganizar sus vidas sobre la premisa de una infertilidad permanente. La mayoría de las participantes refieren haberse re-enfocado en estudios, trabajo y en fortalecer la relación con la pareja.

Un tercer tema de importancia que emerge consistentemente de las narrativas de las participantes de este estudio, es *el impacto de la infertilidad en las relaciones de pareja*. Uno de los problemas mayores reportados en la literatura en relación con la infertilidad es el impacto del evento en las relaciones de pareja (Abbey, Andrews, & Halman, 1994; Peterson, Newton, & Rosen, 2003). La mayoría de las participantes refirió haber tenido dificultades en la relación de pareja como secuela de la infertilidad, poniendo de manifiesto la vulnerabilidad de este aspecto ante el fenómeno. En primera instancia, se observó el surgimiento de sentimientos y emociones lesivas tales como, temor a perder la pareja fértil, temor a la soledad, ansiedad, culpa y pérdida de autoestima. Una vez más se ponen de manifiesto las construcciones sociales en torno a la maternidad y la familia. Al no realizarse la función primordial del matrimonio, que es tener familia, familia con hijos, como establecen estas narrativas: *una familia la definen los hijos; cuando yo me casé, una de las razones primordiales era formar una familia, entiéndase también niños...*, la mujer queda suspendida en un limbo existencial, donde surgen interrogantes que apelan a replantearse el significado del matrimonio, de la familia y de la propia identidad. Estos cuestionamientos sin duda tienen importantes repercusiones en la relación de pareja.

Un aspecto esencial en las relaciones de pareja que se vio afectado con la infertilidad fue el de las relaciones sexuales íntimas. Los hallazgos de este trabajo son congruentes con la literatura existente, que establece las dificultades de las relaciones de pareja como una de las consecuencias peores y más comunes al enfrentar el evento de la infertilidad (Abbey, Andrews, & Halman, 1991; Read, 1999; Watkins & Baldo, 2004). De la experiencia de las participantes de este estudio vemos que, tanto los procedimientos médicos, como las construcciones sociales juegan un papel vital en este aspecto. En primera instancia, algunas mujeres narran como los procedimientos médicos suelen interrumpir la dinámica afectiva entre los miembros de la pareja, convirtiendo la misma en un ejercicio de laboratorio puramente mecánico. Aun en las parejas que en ese momento no estaban bajo tratamientos médico-invasivos, las mujeres refieren que se pierde sentido en las relaciones, ya que cada relación es percibida como un ejercicio para procrear, perdiéndose el disfrute.

En lo que se presenta como una gran paradoja, y un signo del estado conflictivo interno de sentimientos encontrados, que caracterizaron la experiencia de las participantes de este estudio, se unen el cuarto y el quinto tema destacados en este estudio. Por un lado, el significado que las participantes confieren a las fuentes de apoyo, contenido en la categoría

de *afrentamiento y manejo* y por otro, el *impacto de la infertilidad en las relaciones interpersonales* (familiares y allegados esencialmente). Respecto al primer tema, cónsono con la literatura revisada (Diamond, Kezur, Meyers, Scharf, & Weinshel, 1999), en la medida en que la mujer se enfrenta a la infertilidad y comienza a adentrarse en los procesos de búsqueda de ayuda médica y otros, suelen ocurrir rupturas en sus relaciones con familiares y amistades. El grupo familiar y las amistades cercanas principalmente, quienes típicamente constituyen importantes fuentes de apoyo para el individuo en situaciones difíciles, en el caso de la infertilidad suelen convertirse en una importante fuente adicional de estrés para la mujer que atraviesa por la experiencia. El aislamiento, la conducta de evitación y el sentimiento de soledad fueron las principales manifestaciones de dicho impacto. Es evidente que la vergüenza, la frustración de no llenar la expectativa social, en muchas ocasiones demandada por los familiares más cercanos, provocó esos sentimientos hacia el grupo familiar, alterándose la dinámica de interacción.

Un último tema que destaca de las entrevistas realizadas a las participantes de este estudio y que ha sido reseñado ampliamente por la literatura científica (Boivin, Takefman, Tulandi, & Brender, 1995; Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993; Gibson & Myers, 2000), es el impacto negativo del contexto médico dentro de la experiencia de infertilidad. De acuerdo con los hallazgos del estudio, el contexto médico impacta de forma negativa desde dos dimensiones, constituyéndose en una importante fuente de estrés para la gran mayoría de las entrevistadas. Aunque muchas investigaciones señalan el contexto médico como fuente de estrés (Gibson & Myers, 2000; Meyers, Diamond, Kezur, Scharf, Weinshel, & Rait, 1995), la literatura se enfoca principalmente, sobre el impacto físico y emocional de los procedimientos. No obstante, las participantes de este estudio, confieren una mayor importancia a la persona del médico y la relación médico-paciente como elemento clave de su estado emocional. La ambigüedad en los diagnósticos, comunicación inadecuada, evidenciada en la falta de claridad, desinformación y estilos inapropiados de parte del profesional, fueron experiencias comunes a la mayoría de las mujeres entrevistadas. A esto se suman aspectos tales como: falta de confidencialidad, trato impersonal, falta de sensibilidad y tacto, mecanización de los procedimientos de atención al público en las oficinas de estos profesionales y una marcada comercialización de servicios y medicamentos, lo que redundó en un desencuentro entre profesional y paciente. La percepción generalizada por parte de las participantes fue una de trato frío, distanciamiento del profesional, en ocasiones inaccesibilidad, resumiendo la

experiencia como una deshumanizante. Las siguientes expresiones de participantes recogen esta idea: “*no se... esta gente (refiriéndose a los médicos) está haciendo mucho dinero, pero se están olvidando de lo esencial, que es la persona*”, “*es una experiencia deshumanizante*”.

Planteamientos teóricos

Del estudio y análisis de la información obtenida podemos identificar los siguientes planteamientos teóricos como emergentes de esta investigación.

1. La maternidad constituye una meta invaluable e insustituible, atada a la identidad de la mujer. Dicha meta está cimentada en un fuerte arraigo de las construcciones sociales ligadas al género más tradicionales sobre la maternidad, las cuales establecen que el rol principal de la mujer es el de la procreación y no cumplirlo constituye una deficiencia.
2. El valor conferido a la maternidad emerge de dos fuentes principales: el instinto biológico y el aprendizaje social. Partiendo de esa premisa, se generan dos conceptos de la maternidad a saber: uno que se circunscribe a la maternidad biológica y otro que establece una concepción más amplia, que hace mayor énfasis en elementos tales como dar amor, criar y educar.
3. El incumplimiento involuntario del rol de madre por parte de la mujer, desata una crisis emocional que desestabiliza significativamente su rutina de vida. Esta crisis se da por etapas y abarca aspectos tales como: salud física y mental, autoestima, relación de pareja, interacción social y el aspecto económico, entre otros.
4. Al descansar en el supuesto de que los hijos son una consecuencia lógica del matrimonio, la mujer incurre en un exceso de confianza y suele posponer la búsqueda de hijos, redundando luego en sentimientos de culpa y otras consecuencias adversas a su salud emocional.
5. Existe un paralelismo entre el concepto de maternidad y el impacto emocional como consecuencia de la infertilidad. El mismo se resume en que mientras más tradicional es el concepto de lo que es ser madre y más se circunscribe al aspecto biológico, mayor es el impacto emocional negativo de la infertilidad.
6. La adopción no parece representar una alternativa sustitutiva válida de la maternidad en los casos de mujeres cuyo concepto de maternidad se circunscribe al aspecto biológico.
7. Cuando la expectativa matrimonial de los hijos se enfrenta con la infertilidad se suscita un estado de inestabilidad que atenta contra la continuidad de la relación de pareja. Las consecuencias a nivel personal y de la pareja pueden ser devastadoras para la mujer.

8. Un evento sobresaliente en la relación de pareja que emerge como consecuencia de la crisis generada por la infertilidad es, una dinámica de subordinación por parte de la mujer como consecuencia de los temores de perder a la pareja fértil y por ésta adscribirse de forma unilateral la responsabilidad sobre la infertilidad.

9. En el marco de las relaciones sociales

Paradoja existencial (*te necesito, pero te evito*)

Siente presión de parte de sus familiares y su círculo de amistades cercanos (conducta de evitación y el aislamiento)

Expresa la necesidad e importancia de la familia como fuente de apoyo en su proceso de afrontamiento.

Supone una experiencia conflictiva interna.

10. Los procedimientos médicos, pero en especial la propia persona del profesional médico, constituyen un componente fundamental en el impacto negativo que representa la infertilidad para la mujer.

La persona del profesional médico que trata a mujeres con problemas de fertilidad es percibida por éstas, como: distante, fría, poco accesible y mecanizada, circunstancia que tiende a exacerbar sentimientos de soledad y aislamiento, convirtiéndose en lo que éstas catalogan como una experiencia deshumanizante.

Implicaciones clínicas y sociales

A. Para la mujer que enfrenta la infertilidad.

1. Resulta un apoyo y un reconocimiento a la importancia del evento para sus vidas
2. Hace un aporte a su educación en relación al tema

B. Clase médica

1. Representa un aporte a su formación profesional (educación)
2. Plantea avenidas para integrar en tratamientos (ayuda multidisciplinaria)

C. Profesionales de la salud mental (Psicólogos/as y consejeros/as)

1. Constituye un meta-análisis de las investigaciones existentes
2. Aporte en lineamientos para terapia y consejería
3. Presenta una nueva área para educación a la comunidad

D. A la psicología

1. Aporte al cuerpo de literatura científica
2. Aporte en la comprensión y conceptualización del fenómeno

Referencias

- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. H. (1991). Gender's role in responses to infertility. *Psychology of Women Quarterly*, *15*, 295-316.
- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. H. (1994). Infertility and parenthood: Does becoming a parent increase well-being? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(2), 398-403.
- Arranz, L.; Blum, B., & Morales, F. (2001). El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatol Reprod Hum*, *15*, 133-138
- Boivin, J., Takefman, J. E., Tulandi, T., & Brender, W. (1995). Reactions to infertility base on extent of treatment failure. *Fertility and Sterility*, *63*(4), 801-807.
- Castañeda, E., & Bustos, H. H. (2001). La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatal Reproduction Human*, *15*, 124-132.
- Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childless for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, *79*, 439-449.
- Diamond, R., Kezur, D., Meyers, M., Scharf, C., & Weinshel, M. (1999). *Couple therapy for infertility*. New York: Guilford.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, *14*, 45-52.
- Gibson, D. M., & Myers, J. E. (2000). Gender & infertility: A relational approach to counseling women. *Journal of Counseling & Development*, *78*(4), 400-410.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1999). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Keystone, M., & Kaffko, K. (1992). The braided treads: Intimacy, sexuality and gender differences. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *1*, 47-54.
- Leader, A., Taylor, P.J., & Daniluk, J. (1984). Infertility: Clinical and psychological aspects. *Psychiatrics Annals*, *14*, 461-467.
- Meyers, M., Diamond, R., Kezur, D., Scharf, C., Weinshel, M., & Rait, D. (1995). An infertility primer for family therapists: Medical, social, and psychological dimensions. *Family Process*, *34*(2), 219-229.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, *42*, 59-70.
- Ramennick, L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile israeli women. *Sex Roles: A Journal of Research*. Recuperado en febrero de 2004 de <http://www.findarticles.com>.
- Read, J. (1999). Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *British Medical Journal*. Recuperado en febrero 2004 de <http://www.findarticles.com>.

Watkins, K. J., & Baldo, T. D., (2004). The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *Journal of Counseling & Development, 82*, 394-402.