

DESCUBRIR LA INFERTILIDAD: LA EXPERIENCIA DE MUJERES SOMETIDAS A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Sara Rujas Bracamonte (1) [ORCID: 0000-0003-0140-4499], Pilar Serrano Gallardo (1,2,3) [ORCID: 0000-0002-5163-6821] y Mercedes Martínez Marcos (1,2) [ORCID: 0000-0001-8603-7813]

(1) Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

(2) Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana (IDIPHISA). Hospital Universitario Puerta De Hierro. Majadahonda. España.

(3) Instituto Interuniversitario "Investigación Avanzada sobre Evaluación de la Ciencia y la Universidad" (INAECU) (UAM-UC3M). Madrid. España.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: La infertilidad es uno de los grandes problemas de salud reproductiva en los países desarrollados. El objetivo de este estudio fue comprender la experiencia vivida de la infertilidad por mujeres que se han sometido a técnicas de reproducción asistida.

Métodos: Estudio cualitativo de Teoría Fundamentada. Mediante muestreo intencional y muestreo teórico se seleccionaron 20 mujeres que habían sido sometidas a técnicas de reproducción asistida tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas especializadas en España. La técnica de recogida de los datos fue la entrevista semiestructurada. El análisis siguió los procedimientos de la Teoría Fundamentada: codificación inicial y focalizada, escritura de memos analíticos, muestreo teórico y método de comparación constante.

Resultados: "Descubrir la infertilidad: desvelar lo desconocido" es la categoría principal que explica el proceso que viven las mujeres. Emergieron cuatro subcategorías que describen el proceso temporal desde el inicio de la búsqueda de embarazo hasta la recepción y afrontamiento del diagnóstico de infertilidad: "Buscar un deseo vital: ser madres/padres", "Sospechar la infertilidad: la ausencia de lo natural", "En busca de un diagnóstico: conocer y comprender el problema" y "El impacto del diagnóstico: un duelo vital".

Conclusiones: Descubrir la infertilidad es un proceso que afecta a los distintos ámbitos de la vida de las mujeres y en el que aparecen emociones y sentimientos como culpa, frustración, tristeza o rabia. Este proceso puede estar facilitado cuando se tiene el apoyo de su pareja, el entorno y se comparte el problema con mujeres que tienen su misma situación.

Palabras clave: Infertilidad, Técnicas de reproducción asistida, Embarazo, Investigación cualitativa, Teoría Fundamentada.

ABSTRACT

Uncovering infertility: the experience of women undergoing assisted reproductive technologies

Background: Infertility is a huge reproductive health problem in developed countries. The aim was to understand the infertility experience of women who have undergone assisted reproduction technologies.

Methods: Qualitative study using Grounded Theory. Through intentional sampling and theoretical sampling, 20 women who had undergone Assisted Reproduction Technologies in public hospitals and specialized private clinics in Spain were selected. Data were collected using semi-structured interviews and were analysed using the principles of Grounded Theory: initial coding and focused coding, memo writing, theoretical sampling and constant comparative method.

Results: "Uncovering infertility: unveiling the unknown" is the core category that explains the process which women go through. Four subcategories emerged and describe the temporal process from seeking pregnancy to reception and coping with the infertility diagnosis: "Seeking for a vital desire: being mothers/fathers", "Suspecting infertility: the absence of the natural", "In search of a diagnosis: knowing and understanding the problem" and "The impact of diagnosis: a vital grief".

Conclusions: Uncovering infertility is a process that has an impact on the different areas of women's lives. This process produces different emotions and feelings such as guilt, frustration, sadness or anger. This process could be easier if women have the support of their partner, their social environment and if they share their problem with women who have the same situation.

Key words: Infertility, Assisted reproductive technology, Pregnancy, Qualitative research, Grounded theory.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo que se caracteriza por la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas⁽¹⁾.

La infertilidad es uno de los principales problemas de salud reproductiva en los países desarrollados, junto al incremento progresivo y voluntario de la edad de reproducción.

Se estima que casi un 15% de hombres y mujeres tienen problemas de fertilidad. En los últimos años, ha habido un aumento en la demanda de asistencia reproductiva⁽²⁾. En el año 2018 en España, un 5,4% de mujeres entre 18 y 55 años se habían sometido a Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)⁽³⁾.

El origen de la esterilidad es en un 30% atribuible a la mujer, en otro 30% al hombre, en un 25% mixta y en un 15% desconocido⁽²⁾. A pesar de ser un problema que afecta de igual manera a hombres y mujeres, las mujeres han sido y siguen siendo consideradas las responsables de la reproducción^(4,5). Tanto la sociedad como las propias mujeres han internalizado la reproducción como algo propio y exclusivo que forma parte de ellas mismas y que constituye un elemento fundamental de la identidad femenina^(6,7,8).

Son universales los mensajes que ensalzan la imagen de la maternidad como una experiencia maravillosa que toda mujer debe vivir⁽⁹⁾. La identidad de las mujeres se define, por tanto, en base a los atributos que la sociedad ha depositado en una capacidad biológica como es la procreación⁽¹⁰⁾, siendo la mujer la encargada de dar, preservar, proteger y reproducir la vida⁽¹¹⁾. Teniendo en cuenta esta concepción de la mujer, la maternidad ha sido entendida como un hecho natural, como el cumplimiento del fin

para el cual la mujer ha sido creada, aquello que le permite dar sentido a su vida⁽¹²⁾. La infertilidad es también una situación compleja que abarca lo cultural, lo psicológico e incluso lo circunstancial de su momento histórico⁽¹³⁾.

Diferentes estudios muestran que el diagnóstico de infertilidad produce una crisis psicológica que puede afectar a distintas áreas de la vida. La relación de pareja puede verse afectada, produciéndose momentos de distanciamiento o malestar si no hay tolerancia ante las diferencias de opinión, la comunicación no es fluida o alguno de los miembros de la pareja no recibe suficiente apoyo emocional; las relaciones sociales y familiares también pueden verse alteradas debido en parte a la necesidad de la pareja de evitar situaciones dolorosas como el estar con familias con niños o con mujeres embarazadas y a la falta de empatía que perciben del entorno⁽¹⁴⁾.

La infertilidad puede dañar la autoestima, y tanto mujeres como hombres pueden llegar a sentir hostilidad hacia sus cuerpos, percibiéndolos como “inadecuados” e incapaces de otorgar un hijo o hija a sus parejas^(14,15).

Desde el punto de vista emocional, supone pérdidas para cada miembro de la pareja: pérdida de la posibilidad de lograr un embarazo, pérdida de continuidad genética, pérdida del control sobre sus vidas. Estas pérdidas no afectan de la misma forma al hombre y a la mujer, debido a que el hombre biológicamente no se embaraza y a la presión social ejercida sobre la mujer⁽¹⁶⁾.

Se dispone de escasos estudios acerca de las diferencias en las respuestas emocionales a la infertilidad entre hombres y mujeres, no obstante, se ha observado que la mujer tiende a verse más afectada, presentando mayores niveles de angustia que los hombres⁽¹⁷⁾. Son necesarios estudios que aborden la experiencia de

las mujeres durante el proceso diagnóstico de infertilidad, y por ello, el objetivo de este estudio fue comprender la experiencia vivida en la búsqueda de embarazo natural y del proceso diagnóstico de infertilidad en mujeres que se han sometido a técnicas de reproducción asistida (TRA).

SUJETOS Y MÉTODOS

La investigación se realizó desde el paradigma cualitativo y bajo el enfoque de la Teoría Fundamentada constructivista⁽¹⁸⁾. Se basa en el paradigma constructivista, que entiende que la realidad es construida de manera local, específica y en la acción. Considera a las personas actoras en el mundo social. Como la Teoría Fundamentada clásica⁽¹⁹⁾, adopta la perspectiva teórica del Interaccionismo Simbólico.

Se realizó una revisión de la literatura sobre el tema de estudio que permitió elaborar el guion de entrevista^(14,15,16,17). El estudio comenzó con un estudio exploratorio, conformado por cuatro entrevistas que sirvió para realizar ajustes en el guion (tabla 1). Posteriormente el equipo investigador valoró la idoneidad y pertinencia de las preguntas finalmente incluidas, modificadas ligeramente para introducir temas emergentes, y decidió la pregunta de apertura de la entrevista (*ice-breaking question*): “¿Cómo fue tu experiencia durante la búsqueda de embarazo?”.

Las participantes del estudio fueron mujeres entre 18 y 45 años que habían recibido TRA tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas especializadas en España y habían tenido un hijo/a en los últimos dos años. En una primera etapa, se llevó a cabo un muestreo con propósito o intencional seleccionando perfiles de participantes, a medida que avanzaba el estudio, en función de las causas de infertilidad, la edad materna y los años que llevaban en la búsqueda de embarazo con el fin de completar las categorías emergentes. En una segunda etapa, se llevó a cabo un muestreo teórico para refinar y elaborar las categorías emergentes^(18,20).

Los datos se recogieron entre septiembre de 2019 y febrero de 2021 mediante entrevistas semiestructuradas que proporcionaron un marco de flexibilidad para que las participantes pudieran expresar con libertad sus experiencias^(21,22). Las entrevistas se realizaron en el lugar y horario elegido por las mujeres. Debido a la situación epidemiológica derivada de la pandemia por la COVID-19, se realizaron 12 entrevistas mediante videollamada. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas en su totalidad. La recogida de datos finalizó con la saturación teórica de las categorías⁽²³⁾.

Los datos se transcribieron en su totalidad por la misma investigadora que había realizado las entrevistas para tener la mayor exactitud posible. El análisis de los datos se realizó

Tabla 1
Guion de preguntas para las entrevistas.

- ¿Cómo fue tu experiencia durante la búsqueda de embarazo?
- ¿Cómo te sentiste al recibir el diagnóstico?
- ¿Cómo ha sido la relación con tu pareja durante el proceso? ¿Y con tus familiares y amigos?
- ¿Has sentido la necesidad de buscar apoyo en mujeres que han pasado por lo mismo que tú?
- ¿De qué forma?

a través del método de comparación constante, de manera concurrente con la recogida de datos. En primer lugar, a través del microanálisis se realizó una codificación abierta de la cual surgieron códigos tales como “no quieres contar tu historia”, “culpa”, “te apoyan, pero no te entienden”, “mi vida no iba para adelante”, “te cierras en ti mismo”, “un cuerpo fallido”. Posteriormente se desarrolló la codificación focalizada para dar lugar a las categorías y permitiendo integrarlas y refinarlas. Durante el análisis, se realizaron memos analíticos y teóricos, que proporcionaron una guía en la trayectoria del análisis⁽¹⁸⁾ y diagramas que ayudaron a ver las relaciones entre las categorías.

Diversas estrategias se utilizaron para garantizar el rigor del estudio. La credibilidad se estableció a través de las participantes que expresaron libremente sus experiencias, y el uso de sus propias palabras para la generación de los códigos⁽²⁴⁾. La confiabilidad se logró mediante una descripción detallada del proceso de selección, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de las participantes y reflejando los pasos seguidos en el proceso investigador. El análisis preliminar de las primeras entrevistas se presentó a las participantes en un encuentro; la información ofrecida por ellas sirvió para revisar y verificar las categorías emergentes, lo que contribuyó a la relevancia y credibilidad del estudio. La primera autora mantuvo la reflexividad, utilizando un diario reflexivo y notas de campo con aspectos teóricos y analíticos, que contribuyen al rigor del estudio⁽¹⁸⁾.

El proyecto de investigación obtuvo la aprobación del Comité de ética de la Universidad Autónoma de Madrid (CEI-88-1644) y del Hospital de Móstoles (CEIC 2018/014).

Todas las participantes fueron informadas, aceptaron la participación de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado correspondiente. El consentimiento informado se

envió por correo electrónico a cada mujer que aceptó participar y realizar la entrevista mediante videollamada, este se devolvió firmado por la misma vía. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos y el anonimato de las participantes.

RESULTADOS

El 70% de las participantes tenían, en el momento de la entrevista, edades comprendidas entre 30 y 39 años y el 50% de ellas tardaron entre 2 y 4 años en lograr la gestación. La causa más frecuente de infertilidad fue femenina (tabla 2).

“Descubrir la infertilidad: desvelar lo desconocido” fue la categoría principal que describía el proceso temporal por el que transitan las mujeres desde la búsqueda de un embarazo hasta el descubrimiento de la infertilidad, una situación que las conduce a un duelo vital. Cuatro subcategorías mostraron este proceso: “Buscar un deseo vital: ser madres/padres”, “Sospechar la infertilidad: la ausencia de lo natural”, “En Busca de un diagnóstico: conocer y comprender el problema” y “El impacto del diagnóstico: un duelo vital”. En las tablas 3, 4, 5 y 6 se muestran los *verbatim* para cada una de estas subcategorías. Detrás de cada *verbatim* aparece un código que se corresponde con la inicial del nombre la participante, y el número 2 en el caso de que dos participantes tuvieran la misma inicial.

– **Buscar un deseo vital: ser madres/padres.** En general, las mujeres consideraron el embarazo como un proceso natural y fisiológico, que se puede lograr cuando se desea. Las participantes del estudio y sus parejas prolongaron la búsqueda natural del embarazo durante aproximadamente un año. Esta búsqueda se tornó más o menos hostil en función del deseo que tuviera la pareja de alcanzar la maternidad/paternidad (tabla 3, *Verbatim* 3.1).

Las parejas con un deseo intenso procuraron hacer todo lo posible para lograr la gestación, para ello llevaron a cabo acciones tales como: mejorar sus hábitos alimenticios, tomar complementos vitamínicos o programar relaciones sexuales en los momentos de máxima fertilidad utilizando pruebas de ovulación o tomando la temperatura basal. Algunas parejas también probaron remedios caseros que procedían de fuentes poco científicas (tabla 3, *Verbatim* 3.2). Si el hombre anhelaba conseguir el embarazo tanto como la mujer, ambos actuaban en sinergia (tabla 3, *Verbatim* 3.3).

Cuando las parejas iniciaron la búsqueda del embarazo de forma relajada, sin presión por conseguir el embarazo y sin tener un tiempo concreto, dieron más valor a la búsqueda natural y fluida del embarazo que a la utilización de métodos caseros o técnicas para la consecución del embarazo, que podrían disminuir la espontaneidad en sus relaciones sexuales (tabla 3, *Verbatim* 3.4).

La búsqueda intensa de un embarazo pudo producir conflictos en la pareja y deteriorar su relación; en algunos casos, la mujer se obsesionó con la consecución del embarazo y el hombre no comprendió ni compartió su comportamiento ni su anhelo por lograr el embarazo en tiempo breve. La diferencia de opiniones y actitudes dificultó la comunicación, incluso aumentó las discusiones entre la pareja. Algunas mujeres incluso reconocieron haber mantenido relaciones sexuales no deseadas con su pareja, lo que pudo perjudicar la satisfacción sexual (tabla 3, *Verbatim* 3.5).

– **Sospechar la infertilidad: la ausencia de lo natural.** Cuando la búsqueda del embarazo no se logró en un tiempo estimado como natural y por comparación con mujeres cercanas a ellas que sí lo lograron, las participantes comenzaron a sospechar que ellas o sus parejas tenían un cuerpo dañado, que les impedía alcanzar un embarazo de manera natural (tabla 4, *Verbatim* 4.1).

Tabla 2
Perfil de las participantes del estudio
(n=20).

Edad actual (años)	<30	2
	30-34	7
	35-39	7
	40 o >40	4
Edad de inicio de búsqueda natural del embarazo (años)	<30	9
	30-34	9
	35-39	1
	40 o >40	1
Estudios	Primarios	2
	Secundarios	4
	Formación Profesional	6
	Universitarios	8
Estado civil	Casada	15
	Soltera (Vive en pareja)	3
	Soltera	1
	Divorciada	1
Causa de la infertilidad	Masculina	6
	Femenina	7
	Mixta	5
	Desconocida	2
Tiempo empleado en lograr gestación	<2 años	4
	2-4 años	10
	>4 años	6
Lugar del tratamiento	Hospital Público	8
	Clínica Privada	12

Tabla 3

Verbatim para la categoría: “Buscar un deseo vital: ser madres/padres”.

- 3.1 *“Íbamos viendo que iban pasando los meses y que no... no cuajaba nunca. Justo cuando había yo leído que cuando llevas un año buscando y no tienes éxito, que vayas a... que empieces a mover cosas y demás.”* (R)
- 3.2 *“Desayunaba cosas para tener más... mejorar la calidad del semen, huevos crudos, zumo de limón, avena, eh... posturas p’arriba, posturas p’abajo, día si, día no, tómate la temperatura...”* (V2)
- 3.3 *“Con el empeño que le estábamos poniendo, pues no era muy normal (no haberse quedado embarazada en menos de un año). Los dos íbamos en ese sentido en la misma dirección. Teníamos las mismas ganas los dos de ser padres.”* (R2)
- 3.4 *“Lo que siempre he pensado es en estar tranquila y dejar fluir las cosas. ¿De que me sirve estar mirando la hora, o cada minuto? O tomarme la temperatura... yo quería que fuera algo natural porque entonces la magia del momento se rompe.”* (J)
- 3.5 *“Esa etapa de buscar sin saber: a mi pareja, a nosotros no machacó como matrimonio porque es que yo estaba obsesionada (...) Machacas porque claro, aunque no te apetezca tener relaciones con tu marido, las buscas...”* (T2)

Tabla 4

Verbatim para la categoría: “Sospechar la infertilidad: la ausencia de lo natural”.

- 4.1 *“Fueron pasando los meses, no me quedaba embarazada y tal, tenía esa mosca detrás de la oreja.”* (B2)
- 4.2 *“Nosotros ya habíamos vivido la experiencia cercana porque mi hermana, que es más mayor que yo, había tenido sus dos hijos... tuvo que someterse a un tratamiento de reproducción asistida para tener dos hijos, con diferencia de tres años. Entonces como yo lo había vivido de cerca con mi hermana, y empezamos a intentarlo y no lo conseguimos y no lo conseguíamos, pues ya al cabo de los seis meses o así, decidimos ir al medico de familia para plantearse.”* (V)
- 4.3 *“Estuvimos buscando cerca de un año, pero yo desde siempre había tenido la sensación de que había algo que no funcionaba bien. Yo tengo los ciclos muy irregulares, no tengo ni SOP ni nada, pero sí que tengo los ciclos muy irregulares de... pues no sé, 40 días, incluso he estado 3 meses sin la regla y tal. Entonces por mí siempre pensaba: seguro que tengo algún problema, seguro que tengo algún problema...”* (E)
- 4.4 *“La verdad que yo nunca pensé que tuviera ningún tipo de problema, siempre supimos que era factor masculino (...) Nosotros sabíamos que íbamos a tener problemas porque Juan esta operado de varicocele.”* (J)
- 4.5 *“Y ya empiezas a pensar ¿y si tengo un problema? O sea, tu mente empieza a divagar.”* (P)

En ocasiones, la sospecha estuvo fundada en la presencia de antecedentes familiares de infertilidad. La vivencia de una situación similar por parte de una familiar permitió a las mujeres iniciar la sospecha con prontitud y anticiparse al diagnóstico, amortiguando así el *shock* tras la confirmación del diagnóstico (tabla 4, *Verbatim* 4.2).

Las circunstancias a las que atribuyeron la ausencia de sus embarazos las relacionan a problemas tales como tener irregularidades menstruales, diagnóstico previo de patología ginecológica y antecedentes de abortos. También consideraron el envejecimiento de su cuerpo como un factor que impide lograr el embarazo (tabla 4, *Verbatim* 4.3).

Cuando la sospecha de la infertilidad fue atribuida a la pareja de las mujeres, ellas no dudaron de su capacidad para tener hijos y lograron liberarse de los sentimientos de culpa (tabla 4, *Verbatim* 4.4). Pero si las mujeres no encontraron explicaciones atribuibles a antecedentes familiares ni personales, se autoinculparon, pues consideraron que la responsabilidad de la reproducción era suya y es su cuerpo el que estaba dañado (tabla 4, *Verbatim* 4.5).

– **En busca de un diagnóstico: conocer y comprender el problema.** La sospecha de la infertilidad llevó a las parejas a buscar un diagnóstico que les permitiese conocer y comprender la causa del problema que les impedía lograr el embarazo deseado; conocer la causa les pudo permitir afrontar el problema y lograr su deseo. Esta búsqueda comenzó con la decisión de acudir a los servicios sanitarios, una decisión que solió ser inicialmente planteada por las mujeres (tabla 5, *Verbatim* 5.1).

Los hombres que no tuvieron prejuicios sobre la infertilidad masculina acompañaron activamente a sus mujeres en la búsqueda de un

diagnóstico. Cuando la pareja fue participe en la búsqueda del diagnóstico, evitó la culpabilización de las mujeres y fomentó el apoyo mutuo. Sin embargo, cuando los hombres sintieron que la esterilidad masculina pudo ser una ofensa a su virilidad, acompañaron a las mujeres en esta búsqueda con una actitud pasiva e incluso se negaron a sí mismos la posibilidad de tener ellos el problema, de manera que consideraron inútil realizarse pruebas diagnósticas, esto incrementó los sentimientos de culpa en las mujeres y las afianzó en la idea de ser ellas las causantes del problema (tabla 5, *Verbatim* 5.2).

La percepción de las participantes de recibir durante el proceso diagnóstico una atención sanitaria poco personalizada y sin empatía contribuyó a aumentar el malestar emocional y la desconfianza en el personal sanitario (tabla 5, *Verbatim* 5.3).

Las mujeres que recibieron un trato personalizado y humanista, con explicaciones claras y concisas, sintieron que el personal sanitario se preocupó por ellas, por su bienestar y que hicieron todo lo posible por solucionar su problema, lo que contribuyó a aceptar el problema y a afrontar mejor la situación (tabla 5, *Verbatim* 5.4).

– **El impacto del diagnóstico: un duelo vital.** Tras la recepción del diagnóstico, las mujeres iniciaron un proceso de duelo que les supuso un proceso de adaptación emocional por la posible pérdida de un proyecto de vida: ser madre. Comenzaron a vislumbrar la posibilidad de no poder cumplir su sueño y a pensar que su vida perdió valor porque existía la posibilidad de no llegar a ser madre nunca. Las creencias e ilusiones que tenían sobre la maternidad y su futuro comenzaron a desmoronarse y les condujo a un replanteamiento de su trayectoria biográfica, una biografía dañada en la que sufrieron por no cumplir su papel (tabla 6, *Verbatim* 6.1).

Tabla 5
Verbatims para la categoría: “En busca de un diagnóstico: conocer y comprender el problema”.

- 5.1 “Yo le dije a mi chico: yo creo que podríamos ir al médico, yo creo que tendría que ir a ver que me pasa.” (T2)
- 5.2 “Decía: ¿Por qué tengo que hacer esto si estoy bien? Y yo: bueno, no lo sabemos hasta ver los resultados. Y él: No, no. Yo sé que estoy muy bien.” (A2)
- 5.3 “El día que nos dieron el diagnóstico en el hospital, entiendo que somos pacientes y ni puedes crear un vínculo emocional con el paciente, ni nada por el estilo, pero no se, como que note a la doctora un poco fría. Me dijo como que no podía ser madre y como que... yo que se, como que me he comprado un coche... fue... sin tacto, a lo mejor me lo tenía que haber dicho de otra manera.” (A2)
- 5.4 “La verdad que muy bien (...) súper agradecida con ella, me lo explico todo muy bien, con mucha paciencia, también nos dio mucha positividad que creo que es muy importante.” (J)

La infertilidad de origen femenino hizo que las mujeres sufrieran, además este duelo por la pérdida de su capacidad reproductiva natural, un duelo con su propio cuerpo al que consideraron dañado y que no les servía, ni era útil para lo que estaba previsto; llegaron a cuestionar y rechazar su propio cuerpo porque les impidió lograr un embarazo tan deseado (tabla 6, Verbatim 6.2).

Las parejas que, tras recibir el diagnóstico, tuvieron apoyo mutuo promovieron la unión de la pareja y facilitaron el proceso de adaptación (tabla 6, Verbatim 6.3). Otras parejas sintieron discrepancias debido a que afrontaron el diagnóstico de manera diferente; las mujeres tendieron a desarrollar estrategias de afrontamiento centradas en la resolución del problema, buscando apoyo e información. Los hombres, sin embargo, tendieron a aislarse y evitaron hablar del problema, lo que hizo que las mujeres buscasen apoyo en otras personas (tabla 6, Verbatim 6.4).

Cuando la infertilidad fue de origen femenino, hizo sentir a las mujeres que “no eran naturales” porque no cumplían con la normalidad biológica y “no eran normales” porque no cumplían con la norma social de tener hijos/as, y esto les generó

sentimientos como culpa, frustración, odio, envidia, tristeza, incompreensión y fracaso. La culpa que sintieron es una respuesta emocional que surgió por la idea de que su pareja podría lograr la paternidad con otra mujer que no sufriera este problema (tabla 6, Verbatim 6.5). Cuando la infertilidad fue de origen masculino, el sentimiento de culpa de las mujeres se vinculó a no poder cumplir con la norma social establecida de la maternidad/paternidad, y sintieron que, de haber sido ellas las que tuviesen el problema, el sentimiento de culpabilidad se hubiera incrementado (tabla 6, Verbatim 6.6).

El deseo de ser madres generó en los participantes sentimientos de frustración y envidia al compararse con otras mujeres que tenían lo que ellas no consiguieron lograr (tabla 6, Verbatim 6.7). La envidia en ocasiones llegó a convertirse en odio; un sentimiento de profunda aversión hacia las mujeres embarazadas. Sentir envidia y odio también pudo contribuir a sentirse mal con ellas mismas, culpables por albergar estos sentimientos tóxicos. Las mujeres del estudio procuraron aislarse de todo lo relacionado con la fertilidad de mujeres embarazadas y con niños/as, de este modo mitigaron su sufrimiento y evitaron las emociones tóxicas (tabla 6, Verbatim 6.8).

Compartir el problema de la infertilidad fue una estrategia de afrontamiento que las participantes utilizaron, pero decidieron con quien compartirlo en función de un entorno afable y cuando sintieron que contaban con el apoyo necesario y sensible a sus necesidades. En ocasiones

las mujeres evitaron hablar de su problema ya que generó conversaciones incómodas que incrementó su nivel de ansiedad. Cuando compartieron su problema con personas no afines a su situación, se puso de manifiesto la dificultad que tenían para lidiar con el problema de

Tabla 6
Verbatims para la categoría: “El impacto del diagnóstico: un duelo vital”.

- 6.1 *“Es ver cómo un proyecto de vida no está dándose, tú tienes tu idea de formar una familia y la infertilidad de repente llega y te dice: pues a lo mejor no es posible.”* (B2)
- 6.2 *“El duelo de porqué mi cuerpo no hace algo que es natural para el cuerpo, por qué no se reproduce si tendría que hacerlo, igual que come, igual que respira, ¿por qué no se reproduce?”* (B2)
- 6.3 *“Entonces a raíz de esto hubo un momento con su diagnóstico que él necesitaba apoyo y cuando yo descubrí el diagnóstico yo me culpaba mucho porque yo decía: mi cuerpo me ha traicionado y he sufrido una pérdida por mi cuerpo. Entonces me culpé muchísimo durante un tiempo y él estaba ahí apoyándome. Todo nos ha ayudado a estar, a entendernos más otra vez, a estar otra vez más unidos.”* (E)
- 6.4 *“Porque luego la relación de pareja también se resiente (...) entonces la pareja como que se aísla, ella por un lado y el por otro. Entonces empiezas a buscar el apoyo fuera, cuando yo creo que debería ser todo lo contrario, pero...”* (J)
- 6.5 *“También cuando nos dijeron el problema, al ver que era yo me sentí muy culpable... me sentía mal. Me sentía mal porque decía si estuviese con otra chica él ya sería papa y conmigo no.”* (T2)
- 6.6 *“Pero sí que a lo mejor en el subconsciente estaba un poco más tranquila al no ser yo, porque era como que si hubiera sido yo todavía hubiera sido peor el caso, me hubiera sentido todavía más culpable.”* (P2)
- 6.7 *“Yo he sentido muchísima envidia. En ese proceso he sentido muchísima envidia de otras mujeres incluso de llegar a cogerles manía.”* (B2)
- 6.8 *“Teníamos un grupo todas, y seguía hablando con las que me interesaba fuera. Pero en el grupo no, porque todas estaban mandando fotitos de ecografía, tripa, compra de este conjuntito, de estas sábanas... y cuando tu no te puedes quedar, eso duele.”* (T2)
- 6.9 *“Cuando yo decía: mira tengo problemas para quedarme embarazada. Realmente en esa conversación quien lo pasa peor es la persona que recibe la información porque no estamos preparados para ver a una pareja infértil, no sabemos reaccionar.”* (R)
- 6.10 *“La sociedad también te aparta mucho. Justamente mis amigas se habían quedado embarazadas y todas te dicen... o te enteras del embarazo tres meses después, o empieza la gente como aislarte y todo...”* (J)
- 6.11 *“Entonces me vino genial porque todas las preguntas se las podía hacer a esas personas y porque cuando te sientes muy loca, que dices: ¿por qué me siento así?, ¿por qué me acabo de enterar de un embarazo y sólo pienso en: joder no sé qué? ¿por qué ella sí y yo no? pum, pum. Y ves que otra persona acaba de escribir un post sobre eso, que te sientes exactamente igual, ayuda.”* (E)

la infertilidad (tabla 6, *Verbatim* 6.9). Las dificultades para compartir sus sentimientos y emociones las llevó a aislarse de su entorno próximo. Asimismo, las participantes percibieron el aislamiento por parte del entorno, un aislamiento que se hizo presente cuando amigas o familiares ocultaron su embarazo para no dañar a la mujer (tabla 6, *Verbatim* 6.10).

Las mujeres precisaron compartir su dolor, si no percibieron empatía por parte de su entorno o sintieron que transitan el camino en soledad, recurrieron a las mujeres que estaban pasando por su misma situación. Contrastar sus sentimientos con estas mujeres les produjo tranquilidad y comprensión. En ocasiones, consideraron a sus iguales una fuente de conocimientos y experiencias de gran utilidad, suplieron en parte el papel de los profesionales sanitarios que no abordaron de manera completa las necesidades psicoemocionales de las mujeres (tabla 6, *Verbatim* 6.11).

DISCUSIÓN

La obsesión presente en las mujeres durante la búsqueda de embarazo se debe en parte a la presión sociocultural, una presión que los hombres no perciben. Son las mujeres las primeras en sospechar una potencial infertilidad en la pareja, así como en encarar acciones para resolverla, resultado acorde a lo descrito por Silva *et al*⁽²⁵⁾. La sospecha ubica una vez más a la mujer en el centro de la responsabilidad de la procreación. Ariza invita a la reflexión sobre la sospecha de la infertilidad como una forma de conocimiento basado en la intuición; representa el hecho de, como mujeres, están conectadas con su propio cuerpo y saben interpretar sus señales⁽²⁶⁾, a lo que se añade que también sospechan por comparación con otras mujeres.

Los resultados del presente estudio muestran que la recepción del diagnóstico provoca un duelo vinculado a múltiples pérdidas,

siendo la pérdida del proyecto de vida normalizado por la sociedad y la pérdida de la capacidad reproductiva natural, las más acusadas por las mujeres. Al igual que en otros estudios, el duelo por la infertilidad implica la aparición de una serie de sentimientos como tristeza, rabia, culpa, soledad, frustración, etc.⁽²⁷⁾ De manera consistente con investigaciones previas^(28,29), uno de los aspectos más difíciles de sobrellevar por las mujeres con infertilidad es la dificultad de vivir permanentemente con los sentimientos de envidia y frustración cuando descubren el embarazo de otras mujeres o cuando están en presencia de los niños o niñas de otras parejas, sentimientos que pueden favorecer procesos de aislamiento⁽²⁹⁾. En nuestro trabajo también se pone de manifiesto que las mujeres a menudo sufren también aislamiento por parte del “mundo fértil” (familiares y amigas embarazadas o que han sido madres recientemente) debido a la falta de empatía, estos resultados están en consonancia con lo reflejado en otros estudios⁽³⁰⁾.

Las mujeres suelen recurrir al apoyo por parte de otras mujeres que estén pasando por la misma situación, sobre todo cuando perciben que el apoyo por parte de su entorno no es suficiente o adecuado. Se ha descrito que el apoyo de iguales disminuye la sensación de aislamiento, facilita la normalización del proceso y permite compartir información, un hecho que parece promover el empoderamiento de las mujeres, quienes deciden tomar un papel activo en el afrontamiento de la infertilidad^(31,32).

Las limitaciones del estudio provienen mayormente de las circunstancias derivadas de la pandemia por la COVID-19. A pesar de la importancia que tiene la interacción y el contacto personal para la recolección de datos en investigación cualitativa, vivimos en la era de la e-investigación y debemos adaptarnos a las circunstancias que nos atañen. Ante todo, se priorizó la salud y el bienestar de las participantes e investigadoras y se verificó, antes de

cada entrevista, que la situación personal de la participante era la adecuada⁽³³⁾.

En conclusión, “*Descubrir la infertilidad*” es un duro proceso que se inicia con la búsqueda de embarazo como un proceso natural, continúa con la sospecha de la infertilidad y finaliza con la búsqueda y recepción del diagnóstico; un diagnóstico que implica la vivencia de un duelo. La adaptación al diagnóstico se tornará más o menos difícil en función del apoyo recibido por parte de la pareja, el entorno o por personas con el mismo problema. Además, acudir a profesionales empáticos que comprendan la dimensión real que tiene la infertilidad para la mujer también puede ayudar a paliar el dolor y a afrontar mejor el diagnóstico.

En próximos estudios se debería explorar la experiencia de los hombres, lo que permitiría comprender el fenómeno con mayor profundidad. Por otra parte, los TRA en parejas del mismo sexo o en madres solteras también abren escenarios que precisan de ser investigados.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que aceptaron participar desinteresadamente en el estudio, por compartir sus experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon, J *et al.* Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf?ua=1
2. Matorras R. Libro Blanco Sociosanitario. La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas. Madrid,

España: Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.; 2011. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/libros/libroBlanco.pdf>

3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Fecundidad. Año 2018; 2019. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177006&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
4. Grace B, Shawe J, Johnson S *et al.* You did not turn up... I did not realise I was invited...: understanding male attitudes towards engagement in fertility and reproductive health discussions. *Hum Reprod Open.* 2019; 2019(3):hoz014. Doi: 10.1093/hropen/hoz014.
5. Harlow AF, Zheng A, Nordberg J *et al.* A qualitative study of factors influencing male participation in fertility research. *Reprod Health.* 2020; 17:186. Doi: 10.1186/s12978-020-01046-y
6. De Dios-Vallejo DS. Equidad de género y embarazo. *Perinatol Reprod Hum.* 2014;28 (2):71-78. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53286>
7. Barrantes K, Cubero MF. La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Wímb lu.* 2014; 9(1):29-42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4942668>
8. Hauser J. Embarazo y Maternidad, las Desigualdades de Género y los Aportes del Arteterapia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para inclusión social.* 2016; 11:151-161. Doi: 10.5209/ARTE.54122
9. Alcalá I. Feminismos y maternidades en el siglo XXI. *Dilemata.* 2015; 18:63-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106934>
10. Viñas D. Nuevos modelos de maternidad. VI Trobada de comares de la comunitat valenciana. *Qualitat per a la dona davant el nou mil·lenni.* Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana; 2003. p.41-51. Disponible en: <http://publicacions.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2369-2003.pdf>

11. Lagarde M. Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres. Managua, Nicaragua: Puntos de Encuentro; 1997
12. Winocur M. El mandato cultural de la maternidad. El cuerpo y el deseo frente a la imposibilidad de embarazarse. México; 2012. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3155/5.pdf>
13. Dolz P, Gil MA. Historia de la infertilidad: aspectos psicosociales. En Guerra D, Giménez V, Baccino G, Dolz P, Gil MA, Moreno A *et al.* Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida 2ª Parte. Revista Iberoamericana de Fertilidad. 2009; 26(Suppl1):3-7
14. Urdapilleta L, Fernández D. Aspectos psicológicos de la esterilidad. En R. Pou Ferrari y Feder, M. A la búsqueda del hijo deseado. Montevideo: Ed. Fin de Siglo; 2000. p. 286-304
15. Clarke LH, Martin-Matthews A, Matthews R. The Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility. *Can Rev Sociol Anthropol.* 2006; 43(1):95-113
16. Tame N. Infertilidad. El dolor secreto. Métodos para revertirla. México: Editorial México; 2007
17. Kerr J, Brown C, Balen A. The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997. *Hum Reprod* 1999; 14:934-938
18. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory.* London: SAGE Publications Ltd; 2006.
19. Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Chicago: Aldine; 1967
20. Glaser B. *Theoretical Sensitivity. Advances in the methodology of grounded theory.* California: Sociology Press; 1978
21. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa.* Madrid: Morata; 2007
22. Díaz L, Torruco U, Martínez M *et al.* La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Inv Ed Med.* 2013; 2(7):162-167
23. Strauss A, Corbin J. *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada.* Bogotá: Contus-Editorial Universidad de Antioquia; 2002
24. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory,* 4th ed. Sage; 2015
25. Silva S, Machado H. The Diagnosis of Infertility: Patients' Classification Processes and Feeling. *Med Sociol Online.* 2008; 3(1):4-14
26. Ariza L. La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sex Salud Soc (Rio J).* 2014; 18:41-73. Doi: 10.1590/1984-6487.sess.2014.18.05.a
27. Parra J. Duelos en Reproducción Asistida. En Guerra D, Giménez V, Baccino G, Dolz P, Gil MA, Moreno A *et al.* Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida 2ª Parte. Revista Iberoamericana de Fertilidad. 2009;26(Suppl1):S67-72
28. Domar A, Seibel M. Emotional aspects of infertility. In Seibel MM. *Infertility: A Comprehensive Text.* Stamford: Appleton & Lange; 1997. p. 29-44
29. Tiu M, Hong J, Cheng V *et al.* Lived experience of infertility among Hong Kong Chinese women. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2018; 13(1):1554023. Doi: 10.1080/17482631.2018.1554023
30. Cousineau T, Domar A. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007; 21(2):293-308. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003
31. Hinton L, Kurinczuk J, Ziebland S. Infertility; isolation and the Internet: a qualitative interview study. *Patient education and counseling.* 2010; 81(3):436-441. Doi: 10.1016/j.pec.2010.09.023

32. Malik S, Coulson N. Computer-mediated infertility support groups: an exploratory study of online experiences. *Patient education and counseling*. 2008; 73(1):105–113. Doi: 10.1016/j.pec.2008.05.024
33. Hernán-García M, Lineros-González C, Ruiz-Azarola A. Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gac Sanit*. 2020. Doi: 10.1016/j.gaceta.2020.06.007