



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD ACADÉMICA DE PARTERÍA Y OBSTETRICIA

INFERTILIDAD

Aspectos emocionales vinculados al diagnóstico
y los posibles Tratamientos de Reproducción Humana Asistida

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera**

AUTORAS:

Br. Lucía Garwood Bonilla

Br. Yohanna Yannuzzi

TUTORA: Prof. Adj. Lic. Psic. Carolina Farías

CO TUTORA: Asist. Obst. Part. Carina Da Costa

Montevideo, Marzo 2025.

PÁGINA DE APROBACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final de Grado:

Título: INFERTILIDAD. Aspectos emocionales vinculados al diagnóstico y los posibles Tratamientos de Reproducción Humana Asistida

Modalidad: Protocolo de Investigación

Autoras: Br. Lucía Garwood y Br. Yohanna Yannuzzi

Tutora: Prof. Adj. Lic. Psic. Carolina Farías

Co Tutora: Asist. Obst. Part. Carina Da Costa

Carrera: Obstetra Partera

Puntaje / Calificación: Excelente

Tribunal



Prof. Adj. Lic. Psic. Carolina Farías



Asist. Obst. Part. Carina Da Costa



Prof. Agda. PhD. Claudia Morosi



Asist. Obst. Part. Mariana Fernández

Fecha: 10/03/2025

Agradecimientos

Agradezco a mi compañera y amiga Yohanna, por su compromiso y por hacer amenas las incontables horas que compartimos para la realización de esta tesis.

Agradezco a mi familia por su constante apoyo en cada paso que doy y a mis amigas por sus mensajes de aliento.

Agradezco a nuestra tutora y co-tutora por transmitir sus conocimientos con respeto y por acompañarnos en esta parte de nuestra trayectoria educativa como también a la Escuela de Parteras y sus docentes que nos invitan a superarnos.

Gracias Dios por sostenerme siempre.

Lucía

En primer lugar quiero agradecer a mi compañera Lucía por confiar en mí para realizar este hermoso proyecto, aun sabiendo que era un año difícil para mí en lo personal. Nos complementamos muy bien, somos un buen equipo de trabajo y supimos iniciar una linda amistad.

Gracias infinitas a mi familia, en especial a mi esposo y a mi hija que me apoyan en todo lo que me propongo y me impulsan a seguir. Estudiar una carrera teniendo otras obligaciones es un gran desafío para mí, que a veces me resulta complicado de sostener, pero ellos con sus palabras de aliento hacen que todo se vea más sencillo.

Mis agradecimientos también a nuestra tutora y co-tutora que aceptaron guiarnos en este camino, dedicando parte de su tiempo para que fuera posible.

Me siento muy feliz de estar un pasito más cerca de la meta. Gracias a todos. Esta monografía y todos mis logros van dedicados a mi papá que ya no está conmigo pero seguramente estaría muy orgulloso.

Yohanna

Índice

AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE.....	4
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
Capítulo 1 - Maternidad.....	9
1.1 - Visión mujer = madre a lo largo de la historia.....	9
1.2 - Deseo de ser madre.....	10
Capítulo 2 - Deseo de ser madre y no poder.....	12
2.1 - No querer ser madre vs. no poder ser madre.....	12
2.2 - ¿Cómo se produce un embarazo desde el punto de vista fisiológico?.....	13
2.3 - Infertilidad o esterilidad, ¿cuál es el término apropiado?.....	13
2.3.1 - Infertilidad femenina.....	15
2.3.2 - Infertilidad masculina.....	17
2.3.3 - Infertilidad de causas mixtas.....	18
2.3.4 - Infertilidad sin causas aparentes.....	19
Capítulo 3 - Vivencias en torno al diagnóstico.....	21
3.1 - ¿Cómo realizar el diagnóstico?.....	21
3.2 - ¿Cómo se comunica el diagnóstico?.....	23
3.3 - Consecuencias en la salud psico-emocional tras el diagnóstico.....	26
3.3.1 - Consecuencias en la pareja tras el diagnóstico.....	28
3.3.2 - Consecuencias en el entorno: trabajo, familia y amistades.....	33
3.4 - Rol de la Obstetra Partera y la importancia del trabajo interdisciplinario.....	34
Capítulo 4 - Pasos a seguir posterior al diagnóstico.....	37

4.1 - Redes de Apoyo.....	37
4.2 - Posibles caminos luego del diagnóstico.....	38
4.3 - Técnicas de Reproducción Humana Asistida.....	39
4.3.1 - Tratamientos de baja complejidad.....	39
4.3.2 - Tratamientos de alta complejidad.....	40
4.3.3 - Acceso a los TRHA en Uruguay.....	42
4.3.4 - Tasas de éxito según el tratamiento de reproducción humana asistida.....	44
4.4 - ¿Uruguay cuenta con herramientas para profesionales de salud?.....	48
CONCLUSIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍAS.....	53

Resumen

La visión alrededor de la maternidad ha cambiado a lo largo de los años. Las mujeres se dedicaban al cuidado del hogar y sus familias, en cambio, en la actualidad sus ideales se han ido extendiendo a otras áreas de la vida. Hoy las parejas priorizan sus proyectos personales y deciden postergar la maternidad, ¿qué pasa cuando no se produce un embarazo fisiológicamente? ¿y cuando la infertilidad pasa a jugar un rol importante en la vida de alguien?.

Las parejas deben someterse a diversos análisis para llegar al diagnóstico e identificar qué tipo de infertilidad padecen: femenina, masculina, causas mixtas, o sin causas aparentes.

En Uruguay y en otras partes del mundo existen diferentes alternativas a las cuales las personas con diagnóstico de infertilidad pueden acceder. El lugar y la facilidad del acceso económico serán determinantes en la decisión de las parejas, algunas optarán por la adopción, Tratamientos de Reproducción Humana Asistida (TRHA) y otras decidirán abandonar la búsqueda del embarazo.

Es fundamental que a lo largo del camino de infertilidad, las parejas cuenten con una sólida red de apoyo y un equipo de salud multidisciplinario que acompañen todo el proceso. Dentro de este equipo, se encontrará la Obstetra-Partera, profesional idóneo en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

En esta monografía desarrollaremos las experiencias en torno al diagnóstico de infertilidad y el impacto psico-emocional que puede causar en el individuo, la pareja, las familias y la sociedad. Particularmente, nos centraremos en los posibles Tratamientos de Reproducción Humana Asistida (Baja y Alta complejidad), las formas de acceder a ellos en Uruguay y la tasa de éxito de los mismos.

En nuestro país, existe la Ley N° 19167 “*Regulación de las técnicas de Reproducción Humana Asistida*” que organiza el marco legal en torno a los tratamientos, accesibilidad, financiamiento, respaldo por parte de los prestadores de salud, etc.

Palabras Claves: Maternidad, Embarazo, Infertilidad, Tratamientos de Reproducción Humana Asistida, Impacto psico-emocional.

Introducción

La presente monografía se presenta cómo Trabajo Final de Grado de la Carrera de Obstetra-Partera/o de la Facultad de Medicina. El objetivo de la misma es abordar la temática de la *INFERTILIDAD*, su diagnóstico, aspectos emocionales y posibles resoluciones mediante técnicas de reproducción asistida. Creemos importante abordar esta temática desde la partería universitaria porque la atmósfera de la obstetricia siempre está preparada para la vida, para el cuidado del embarazo y de ese binomio madre-hijo, pero cuando aún no hay un embrión nos planteamos las siguientes preguntas a responder a lo largo de esta monografía:

¿Qué podemos hacer como futuras parteras? ¿Qué rol tenemos? ¿Qué sentimientos experimentan las personas cuando se enteran del diagnóstico? ¿Cómo afecta el diagnóstico a su esfera vincular? ¿Qué opciones tienen las mujeres y sus acompañantes luego del diagnóstico?

En nuestro país, desde el año 2013 existe la Ley N° 19167 sobre la “*Regulación de las técnicas de Reproducción Humana Asistida*” (Uruguay, 2013).

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS, s/f) se ha pronunciado sobre esta temática, entendiendo la infertilidad como un problema que atraviesan muchos individuos en edad reproductiva, siendo aproximadamente 186 millones de personas en todo el mundo que presentan infertilidad. Define la infertilidad como una enfermedad del aparato genital masculino o femenino en la cual no se consigue el embarazo luego de 12 meses o más de practicar relaciones sexuales coitales sin métodos anticonceptivos. La OMS entiende que todos, como seres humanos tenemos el derecho a poder disfrutar de la máxima salud que podamos alcanzar, y entre ellos poder elegir cuándo tener hijos, cuántos tener y el período intergenésico. Es por esto, que hablar de infertilidad es fundamental para que las mujeres y sus compañeros puedan alcanzar esos derechos sexuales y derechos reproductivos. Dicha organización señala que muchas veces no está puesto el foco en la prevención, diagnóstico y tratamiento de infertilidad de tal modo que no suelen ser contemplados en lo que ofrece y financia salud pública. También menciona que el acceso es muchas veces dificultoso, porque no hay suficientes profesionales entrenados en el tema, y además los tratamientos son muy costosos. En la actualidad, la OMS está trabajando en la elaboración de un programa de investigación sobre la temática de infertilidad como también está creando normativas aplicables a nivel internacional, sobre la prevención, diagnóstico y tratamientos de la misma (Organización Mundial de la Salud [OMS], s/f).

Como objetivo general nos planteamos “Analizar el impacto emocional del diagnóstico de

infertilidad en las personas y parejas afectadas y la existencia de Tratamientos de Reproducción Humana Asistida a los que se puede recurrir”. A partir del objetivo general, surgen otros objetivos más específicos relacionados con conocer cómo la visión en torno a la maternidad se ha transformado a través del tiempo y comprender cuando se comienza a hablar de infertilidad. A su vez, también nos planteamos identificar cuáles son las vivencias que las personas experimentan luego del diagnóstico y qué caminos pueden tomar, entre ellos los Tratamientos de Reproducción Humana Asistida (baja y alta complejidad). Finalmente, nos parece fundamental visualizar qué rol ocupa la Obstetra-Partera en la promoción de cuidados en fertilidad y asesorarnos sobre redes de apoyo existentes, tanto en nuestro país como en otras partes del mundo, que faciliten la adaptación a la mala noticia.

De este modo organizamos el presente trabajo en cuatro capítulos. El primer capítulo titulado “Maternidad” va a abordar cómo el concepto de maternidad ha ido mutando a lo largo de los años y cómo eso se ha ido vinculando de alguna manera con el deseo de las mujeres de ejercerla. El segundo capítulo se titula “Deseo de ser madre y no poder” donde hablaremos de la diferencia entre no querer comparado al no poder ser madre, veremos cómo se produce un embarazo naturalmente, y cuando hablamos de infertilidad. A su vez, definiremos el concepto de infertilidad, cómo este es concebido de manera distinta según el texto leído, y las causas de infertilidad las cuales se dividen en cuatro: femeninas, masculinas, mixtas, inciertas. En el tercer capítulo llamado “Vivencias en torno al diagnóstico” hablaremos de los distintos estudios que se realizan para llegar al diagnóstico, cómo el profesional de la salud debe comunicar esta noticia, qué implicancia tiene la Obstetra Partera en el tema, cómo las personas reciben la noticia y las consecuencias que la misma genera. El capítulo final titulado “Pasos a seguir posterior al diagnóstico” aborda la importancia de tener redes de apoyo, las distintas opciones que tienen las familias: adopción, tratamientos de reproducción humana asistida o no seguir ningún tratamiento. Nos centraremos en los TRHA, definiendo los de baja y alta complejidad, cómo las personas pueden acceder a ellos en Uruguay y qué tasas de éxito presentan. También hablaremos de si existe alguna pauta, guía o material que oriente a los profesionales en el manejo de esta situación reproductiva.

Capítulo 1 - Maternidad

1.1 - Visión mujer = madre a lo largo de la historia

La maternidad y su ejercicio, es un concepto construido por la sociedad que ha ido transformándose a lo largo de la historia adaptándose a la cultura y siendo transmitido por las propias mujeres de generación en generación. Los roles de género atribuidos a varones y mujeres están bien diferenciados y adjudican la maternidad una responsabilidad exclusivamente femenina (Gereda, 2023; Ruso, 2022).

Según Quintal (2001, en Ruso, 2022) La maternidad no sólo abarca la gestación y nacimiento sino que también incluye el compromiso y la atención en el desarrollo del recién nacido. En épocas anteriores las niñas eran instruidas para en un futuro convertirse en esposas y madres, y en cuanto a la formación en el ámbito de la educación, esta era muy básica priorizando el manejo de los idiomas, la historia y la literatura provista en algunas ocasiones por parte de institutrices. Se observaba que las mujeres con alto poder adquisitivo destinaban su tiempo al cuidado de su familia y el hogar. Estas se caracterizaban en su mayoría por ejercer la maternidad en edades tempranas, con un promedio de siete a ocho hijos. Sin embargo, aproximarse a los 20 años sin un marido, era desaprobado por la sociedad e incluso quienes tenían alrededor de 25 años y aún seguían sin casarse, se consideraban despectivamente como “solteronas”. Otras se inclinaban por seguir una vida orientada a la religión (La Nación, 2020).

La biología de lo masculino y femenino asegura que cada uno tiene una determinada función en la procreación. El cuerpo masculino podrá fecundar el óvulo de la mujer y ésta logrará parir, teniendo así ambos la obligación de la permanencia de la especie. Es por ello que cuando no se consigue dicho objetivo puede causar dolor e indignación, perdiendo la sensación de plenitud (Arroyo y Castañeda, 2021). No teniendo en cuenta la posibilidad de un fracaso como por ejemplo pérdidas gestacionales o infertilidad (Gereda, 2023).

Las palabras “madre” y “mujer” están intrínsecamente vinculadas socioculturalmente, dejando entrever que naturalmente todas deben situar la maternidad como prioridad, suponiendo que el amor y sentimientos de cuidado son innatos y que todas saben manejarlos (Mendieta, 2022). Que exista lo que cotidianamente llamamos “instinto materno” es muestra de la gran relación que tiene éste, con las personas de sexo femenino y del cual no pueden escapar (Gereda, 2023). Al mismo tiempo la mujer debe ocuparse de la casa, de su propio cuidado e incluso muchas veces también trabajar, teniendo la imposición de que todo se cumpla. Todas estas acciones sobrecargan a la mujer produciendo un impacto en su salud mental, debido a que sienten que no pueden aceptar el hecho de cometer errores

(Mendieta, 2022).

De conformidad con lo que expresa Flórez (2014) las mujeres, al priorizar los proyectos personales, han extendido el concepto de maternidad, dando lugar a la libertad de elegir en qué momento ser madre o incluso no serlo (citado por Ruso, 2022, p. 30). La sociedad actual demuestra controversia con el tema de la maternidad. La mujer que decide ser madre joven es sumamente criticada al igual que la que decide serlo un poco más tarde, pero más aún se juzga a aquellas que deciden no serlo nunca (Ruso, 2022).

En los tiempos modernos, las mujeres enfrentan un gran desafío, el cuidado de sus hijos y mantenimiento del hogar y a su vez cumplir con su trabajo. El tiempo compartido con sus hijos se reduce, aunque no significa no encargarse de ellos sino que muchas veces permanecen bajo la responsabilidad de familiares o de guarderías (La Nación, 2020). Se ha verificado que, actualmente, muchas mujeres ocupan el rol de jefas de hogar teniendo que salir sí o sí a trabajar para sustentar la familia. Retomando la expresión anterior, la identidad ya no gira únicamente en torno a la maternidad sino al trabajo y la idea de sacrificio (Abarca et al., 2021). Debido a las nuevas concepciones de maternidad y las dificultades económicas es que las familias ya no son tan numerosas (La Nación, 2020).

Esta concepción de un propósito de vida más allá de la maternidad, responde a las necesidades económicas pero fundamentalmente a la construcción de sus proyectos personales. Dentro de la misma línea, se ha prolongado la edad en la que las mujeres eligen casarse e incluso muchas deciden no hacerlo nunca (La Nación, 2020).

1.2 - Deseo de ser madre

Desde el punto de vista de Beauvoir (1949) las mujeres son formadas con el fin de ser deseadas por otro, es así que en sus deseos son reflejados los de los demás. Natalie Sánchez (2016) plantea que hay una disyuntiva entre el deseo desde el mandato y el deseo personal (citado por Mendieta, 2022, p. 22).

Biológicamente se le conoce a la mujer el potencial reproductivo que presenta (gestación), pero esto no equivale a un deseo al que todas quieran aspirar. Este deseo muchas veces se convierte en una necesidad, que ha intentado imponer la sociedad a lo largo de la historia (Gereda, 2023).

En un estudio realizado sobre el deseo de ser madre propiamente dicho, se observa otro tipo de maternidad, diferente a lo que se conoce como tradicional. Entre las situaciones descritas se encuentran por ejemplo las madres adoptivas, madres a través de tratamientos de reproducción humana asistida, madres que deciden criar a sus hijos solas, etc. Estas mujeres viven su maternidad libremente, escapando del “ideal materno” sin la necesidad del

apoyo de un compañero para transitar esta etapa, dado que lograron su independencia antes de tomar la decisión de ser madres (Mendieta, 2022).

Por otro lado, existen otros tipos de familias “por elección” constituidas de diferentes maneras, que también desean esa ma-paternidad y aunque no lo consigan biológicamente pueden recurrir a distintos tratamientos. Esto habla de la transformación social que se ha dado a lo largo del tiempo para incluir a las personas homosexuales en su deseo de tener hijos, entendiendo que no siempre fue de esta manera. La visión patriarcal sólo contempla a una familia tradicional, compuesta por una madre y un padre, donde personas del mismo sexo biológico nunca podrían pretender y lograr la reproducción (Mendieta, 2022).

Cuando la maternidad no es deseada sino obligatoria, posiciona a la mujer en una situación vulnerable extrema, dilatando así sus proyectos personales destinados a superarse en los distintos ámbitos de la vida. Esto lleva a que las mujeres asuman la responsabilidad de criar a sus hijos imposibilitando la coexistencia del cuidado de los mismos, con otras actividades que quiera desarrollar (Gereda, 2023).

A partir del siglo XXI, se comienza a diversificar el sexo femenino, quitando a la maternidad de las prioridades y enfocándose en su elección personal, la cual a veces se ve postergada por sus planes a futuro. A pesar de ello, aún persiste un fuerte vínculo entre ser mujer y ser madre (Gereda, 2023).

Las nuevas generaciones pretenden transitar la maternidad libremente, dejando de lado el mandato de procrear, generando así un camino hacia el empoderamiento femenino, donde se priorice la decisión sobre sus cuerpos (Gereda, 2023).

Capítulo 2 - Deseo de ser madre y no poder

2.1 - No querer ser madre vs. no poder ser madre

A pesar de la deconstrucción favorable que se viene observando en la sociedad, aún las mujeres tienen miedo de expresar su deseo de no maternar. En el momento que las mujeres alzan la voz, alientan a otras a compartir sus experiencias, donde muchas refieren que en varias ocasiones, se plantean si tuvieron verdaderamente el deseo (Ruso, 2022).

De este modo la sociedad intenta definir la identidad de las mujeres con el hecho de “ser madre” o “no ser madre”. Las que no tienen hijos puede ser a causa de un impedimento biológico o simplemente porque así lo eligen, no obstante, no son vistas de la misma manera. En tanto que la primera situación genera “lástima”, la segunda genera rechazo, tratándola de egoísta y de ser una persona que presenta problemas para relacionarse con sus afectos (Gereda, 2023; Ruso, 2022).

Cuando una mujer llega a determinada edad es ineludible que a las personas del entorno les empiece a preocupar el tema de la llegada de los hijos. Dentro de ese entorno, aparecen principalmente los integrantes de la familia seguidos de los vínculos laborales y demás vínculos, respectivamente (Ruso, 2022).

Hay madres que deciden no tener hijos por motivos que algunos autores dividen en dos categorías, dentro de la primera encontramos todo lo relacionado con experiencias anteriores que marcaron su vida, como por ejemplo cumplir un rol materno a edades tempranas y reflejar posibles errores de sus progenitoras. La segunda categoría refiere a acciones vinculadas con la aspiración a un futuro conveniente. Resulta claro que en su mayoría las mujeres priorizan su realización personal (Ruso, 2022).

Al mismo tiempo pueden sentir que la maternidad no sólo implica tener una pareja estable y/o duradera, sino que también es necesario cumplir con determinadas condiciones de ambas partes. De esta manera, la mujer se sentirá capaz de llegar a ese “ideal materno” y su compañero conseguirá ser un “buen padre” (Ruso, 2022).

Las parejas que deciden postergar la ma-paternidad para disponer de más tiempo juntos sin un tercero, están incluidas dentro de esta categoría, como también quienes no cuentan con medios económicos y/o redes de apoyo para sustentarse e informarse (Ruso, 2022).

2.2 - ¿Cómo se produce un embarazo desde el punto de vista fisiológico?

Para que se produzca un embarazo naturalmente la mujer debe tener relaciones sexuales con penetración vaginal sin protección. De esta manera los espermatozoides ingresan al aparato reproductor para unirse con el óvulo en las trompas de Falopio y allí se produce la fecundación. La gestación comienza cuando el óvulo fecundado inicia su desarrollo, luego de implantarse en el útero (Azaña et al., 2022). Resulta claro que el aparato reproductor de la mujer necesita de un equilibrio hormonal y morfológico, así como también los ovarios que cumplen un rol que es fundamental en este proceso (Cabrera et al., 2015).

Castillo define el embarazo como “aquel periodo que transcurre desde el momento de la fecundación de la hembra de mamífero hasta el momento de la expulsión del producto de la concepción” (Castillo, 2009, p. 111).

El embarazo generalmente puede prolongarse hasta cuarenta semanas, el mismo se puede estructurar en tres trimestres (tres meses cada uno). El primer trimestre comprende desde la semana uno hasta la trece, y se reconoce como un período de “adaptación”, donde la mujer posiblemente padecerá síntomas relacionados con las náuseas, vómitos, cansancio y ambigüedad de emociones. El segundo trimestre abarca desde la semana catorce hasta la semana veintisiete, es aquí donde la mujer comenzará a percibir que su bebé se mueve lo que le hará creer más en su existencia. Se caracteriza como una etapa más “tranquila” ya que los síntomas propios de los primeros meses comienzan a desaparecer, la panza no alcanzó su mayor expresión, lo que implica que la mujer no modifique mucho sus actividades diarias.

Por tanto, el tercer trimestre es aquel que incluye desde la semana veintiocho en adelante, se concentra en el estado del bebé y los miedos en torno al nacimiento (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2023).

Usualmente los seres humanos tienen aproximadamente 20% de probabilidades de lograr un embarazo mes a mes, por lo que en un año más del 80% de las parejas lo consiguen. Un porcentaje aún más elevado, lo consigue al cabo de dos años. No obstante, debemos tener en cuenta que la fertilidad se reduce con el paso de los años, principalmente de la mujer. De tal manera que a partir de los 35 años de la misma, las posibilidades decaen sustancialmente (Brooks et al., 2021).

2.3 - Infertilidad o esterilidad, ¿cuál es el término apropiado?

Se ha observado que los conceptos de infertilidad y esterilidad en reiteradas ocasiones se

han utilizado con significados similares, pero debemos resaltar que no son lo mismo.

Según Cala et al. (2019) la infertilidad comprende la incapacidad de tener hijos. Tomando como referencia mantener relaciones sexuales con penetración de forma regular sin el uso de métodos anticonceptivos durante 12 meses. Dentro de dicho concepto existe la posibilidad de que se produzca un embarazo y el mismo puede interrumpirse involuntariamente antes de las 37 semanas. Por otra parte, en la esterilidad no se logra concebir.

En cambio, también es utilizada la definición antes mencionada como infertilidad para referirse al concepto de esterilidad (Chaquiriand, 2021). A su vez, varias bibliografías denominan a estos conceptos como enfermedades relacionadas al aparato reproductor (Martínez y Martínez, 2024; Pastorino, 2023).

La Ley N° 19167 vigente en nuestro país, no hace distinción entre el concepto de esterilidad e infertilidad, entendiendo la misma como no lograr la concepción luego de practicar relaciones sexuales coitales por al menos doce meses (Uruguay, 2013).

Se considera un tema importante para la salud pública mundial debido a que el 17,5% de personas que se encuentran en edad reproductiva padecen infertilidad (Martínez y Martínez, 2024). Esta situación ha ido en aumento (Pastorino, 2023) siendo aproximadamente 187 millones de parejas las afectadas (Brooks et al., 2021). En nuestro país se ha detectado un incremento en las consultas por este motivo, entendiendo que esto se relaciona a la creación de la Ley N° 19.167 de “Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida” en el año 2013 (Chaquiriand, 2021). A través de esta ley los usuarios pueden acceder a información sobre las técnicas de reproducción humana existentes y/o tratamientos a seguir tanto en instituciones públicas como privadas (Pastorino, 2023; Uruguay, 2013).

En cuanto a las causas de la infertilidad, se pueden subdividir en cuatro categorías: causas femeninas, masculinas, mixtas e inciertas.

Figura 1: Origen de la infertilidad



Fuente: Barranquero et al., 2023.

2.3.1 - Infertilidad femenina

La infertilidad femenina se divide en primaria y secundaria, entendiendo la primera como aquella en que la persona no puede concebir luego de completar un año o más teniendo relaciones sexuales coitales frecuentes sin protección y sin haber logrado nunca un embarazo (Brooks et al., 2021). Por el contrario, la segunda es aquella que no logra concebir luego de haber tenido un embarazo previo (Martínez y Martínez 2024; Pastorino, 2023).

Figura 2: Distribución de la infertilidad primaria y secundaria por rango etario

Grupos de edades (años)	Tipos de infertilidad				Total	
	Primaria		Secundaria			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20-24	12	22,6	9	12	21	16,4
25-29	23	43,3	24	32	47	36,7
30-34	11	20,7	21	28	32	25
35-39	7	13,2	21	28	28	21,8
Total	53	41,4	75	58,5	128	100

Fuente: Brooks et al., 2021.

Un estudio de Viera y Guerra publicado en 2018 detectó que del total de la población que padece esta condición, un 10% corresponde a infertilidad primaria y el restante 90% pertenece a infertilidad secundaria (citado por Brooks et al., 2021). Por otra parte en una

investigación (Figura 2) se observó que el rango etario de 25-29 años tiene algún tipo de infertilidad considerando que en el total de la población objetivo estudiada prepondera la infertilidad secundaria (Brooks et al., 2021).

Desde el punto de vista clínico a partir de los 35 años se reducen las oportunidades de lograr un embarazo naturalmente. No obstante, en general las mujeres deciden aplazar la maternidad debido a sus proyectos relacionados al trabajo, vivienda y diversidad sociocultural de creencias (Martínez y Martínez, 2024).

Los motivos de infertilidad pueden ser múltiples, entre ellos se encuentra la enfermedad inflamatoria pélvica que afecta el aparato genital inferior y superior (Flórez et al., 2021) y otras causas asociadas a la vulva, los ovarios (síndrome de ovario poliquístico, trastornos foliculares), a las trompas (abortos en condiciones de riesgo, antecedentes de ITS sin tratamiento, infecciones puerperales), al útero (endometriosis, útero tabicado/didelfo/bicorne, fibromas, pólipos) y relacionados también con el sistema endócrino (modificación de los niveles de las hormonas reproductivas por edades maternas avanzadas, cáncer de hipófisis, enfermedad tiroidea) (Brooks et al., 2021; Pastorino, 2023; Pereyra y Saravia, 2023).

En conformidad a lo que Breña et al. (2020) expresa, el hipotiroidismo, dentro de las enfermedades tiroideas, se asocia en mayor medida a problemas en conseguir un embarazo en edad fértil. Resulta claro que, esta patología se describe como la baja producción de hormona tiroidea por la glándula tiroides. La misma se vincula con alteraciones ovulatorias, en la implantación embrionaria, infertilidad y modificaciones en el ciclo ovárico, tanto en la duración del mismo como en la cantidad de menstruación. Se ha detectado hasta en un 40% en mujeres que presentan infertilidad, por lo que se advierte la importancia de solicitar la valoración de la TSH en estas pacientes aunque no presenten síntomas (Breña et al., 2020).

Las causas que aparecen con mayor frecuencia son las infecciones genitales que al alterar la microbiota de la vagina aumentan la resistencia de patologías como por ejemplo la vaginosis bacteriana o la candidiasis. Estas funcionan como detrimento de la barrera protectora permitiendo el acceso de patógenos que colaboran en el aumento de inflamación local e infertilidad (Brooks et al., 2021). Asimismo las alteraciones de la ovulación asociadas al bajo peso extremo, sobrepeso y obesidad y el consumo de sustancias (Cala et al., 2019).

También es importante tener en cuenta posibles desgarros que modifiquen el moco cervical e impidan la llegada de los espermatozoides (Pereyra y Saravia, 2023).

En cuanto a las pacientes oncológicas, la esperanza de vida ha mejorado en los últimos tiempos, sin embargo los procedimientos que se utilizan para enfrentar esta enfermedad

(quimioterapia, radioterapia, cirugía), son potencialmente dañinos para el sistema reproductivo de las mujeres. Para evaluar qué tan dañada se encuentra la fertilidad de las personas que padecen esta patología, se consideran variables propias de la usuaria tales como edad, sexo biológico, antecedentes personales y/o familiares de otras patologías o hábitos tóxicos así como también un historial de tratamientos previos. En relación con la enfermedad, se valora el tipo de cáncer, la magnitud, la implicancia de esta sobre los órganos reproductivos y la rapidez con la que hay que comenzar la terapéutica.

Contemplando esta realidad, se añadió un apartado en la Ley N° 19167, para que las usuarias en tratamiento por cáncer, puedan acceder a la criopreservación de gametos a través del amparo del Fondo Nacional de Recursos, no importando la gravedad de su enfermedad, su estado civil o si ya fueron madres anteriormente (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2022).

2.3.2 - Infertilidad masculina

La infertilidad masculina al igual que la infertilidad femenina se puede clasificar en primaria y secundaria, siendo la primera aquella que se diagnostica cuando nunca ha podido fecundar el óvulo, mientras que la secundaria incluye a aquellos que lo han logrado en el pasado pero no actualmente (Riso et al., 2019).

En las causas de infertilidad, el 30% se asocia a agentes de carácter masculino. En esta población el impacto del aumento de edad no es tan perceptible y marcado como sucede con la infertilidad femenina. En este caso, se relaciona con un decremento en las propiedades fisiológicas del espermatozoides (Cala et al., 2019).

Las razones que pueden llevar a la infertilidad se vinculan a dificultades en la eyaculación y/o lesiones en el aparato genital masculino que evitan la salida y producción del espermatozoides. En algunos casos alteraciones de las hormonas responsables de la creación y regulación del semen derivan en baja o nula cantidad de espermatozoides en el mismo. A su vez la fecundación se ve afectada por modificaciones en la estructura y función del espermatozoides (Pastorino, 2023) muchas veces asociadas a infecciones en el aparato genital que provoca que aumenten las cantidades de leucocitos en el semen (Pereyra y Saravia, 2023). Generalmente la infertilidad masculina es causada por el varicocele, el cual se define como “la dilatación anormal del plexo venoso pampiniforme en el cordón espermático” (Cala et al., 2019), enfermedad que puede corregirse mediante una cirugía (Cala et al., 2019).

El decremento de la calidad del semen se ha vinculado a componentes ambientales (exposición a altas temperaturas, contaminantes y sustancias nocivas), comportamentales y culturales (estrés, exceso de peso, prácticas sexuales) (Riso et al., 2019).

En una investigación que se realizó con historias clínicas, de usuarios que concurrieron entre el año 1988 y 2018 al laboratorio de análisis clínico Fertilab de Montevideo, para la donación de semen, se analizó la calidad del mismo. La población objetivo para realizar el estudio fueron hombres saludables de 18 a 34 años. Las variables que se contemplaron fueron el volumen de semen, concentración de espermatozoides, movilidad, vitalidad y estructura. Se detectó una afectación vinculada a las variables de concentración y estructura y no tanto a la vitalidad, volumen y movilidad espermática. La edad, el consumo de sustancias y el índice de masa corporal de los usuarios no se asociaron a cambios en el semen. Por lo tanto, esta investigación concluye que la calidad espermática se ha reducido en la población y período de tiempo estudiados (Riso et al., 2019).

Si bien los tratamientos oncológicos se han relacionado a una mejora de la calidad de vida, también estos pueden influir en la fecundidad mediante los factores asociados al fármaco, dosis y edad del paciente. En estos casos la producción de esperma puede verse perjudicada momentáneamente posterior al tratamiento e incluso aplazar la capacidad de fecundar por un tiempo prolongado. Por ende, se han desarrollado alternativas para proteger la fertilidad durante el período que el usuario está en recuperación como la criopreservación de gametos y embriones, entre otras.

En el año 2022 se realizó un estudio con el objetivo de analizar cuántos de los que optaron por la protección de semen recurrieron a ella. Se observó que posterior al tratamiento, poco más de la mitad logró un embarazo espontáneo. Algunos de los varones que no lo lograron naturalmente, utilizaron la muestra, y sólo un 45,4% consiguió concebir. Se concluye que generalmente las personas que optan por esta alternativa pueden alcanzar un embarazo fisiológico sin necesidad de utilizar las muestras (Aguilera et al., 2022).

2.3.3 - Infertilidad de causas mixtas

Este tipo de situaciones pueden ocurrir cuando la pareja presenta algún problema para concebir, siendo por una dificultad personal (de cada miembro de la pareja) o porque juntos sean incompatibles a nivel inmunológico. La infertilidad de causas mixtas representa el 20% de los casos (Figura 1) (Barranquero et al., 2023). Visto de esta forma, lograr que se descubran diferentes causas al estudiar este tipo de infertilidad, dependerá del énfasis que se aplique en los análisis clínicos y la necesidad de encontrar otras patologías que inciden en el diagnóstico (Cala et al., 2019).

Dentro de las causas de infertilidad, predominan las infecciones a nivel del aparato genital masculino y femenino, representando un 90% aquellas que no fueron tratadas adecuadamente (Cala et al., 2019).

Del mismo modo, hay factores de riesgo que influyen en la reproducción a través del sistema endócrino. Los mismos están relacionados a variables exógenas (contaminación ambiental, sustancias químicas en productos de uso cotidiano, etc), asociadas al estilo de vida, como por ejemplo el consumo de sustancias tóxicas o de aquellas que contienen cafeína, los hábitos sedentarios y la realización de tareas que requieran que el individuo se exponga a altas temperaturas. Por otra parte, la fertilidad puede verse afectada por el uso de fármacos, diabetes, patologías hepáticas, renales, afecciones de la salud mental, desnutrición y obesidad (Pastorino, 2023; Pereyra y Saravia, 2023).

Con respecto a esta última, el aumento del tejido adiposo produce un incremento en las cantidades de leptina, alterando la función del eje hipotálamo-hipófisis. Como resultado, se obtiene una disminución de las hormonas femeninas (progesterona, estrógenos) en la mujer y de hormonas masculinas (testosterona) en el hombre (Breña et al., 2020).

2.3.4 - Infertilidad sin causas aparentes

Cuando hablamos de infertilidad sin causas aparentes nos referimos a aquella en la que no hay pruebas de modificaciones en el esperma, en los óvulos o algún tipo de alteración en las trompas. Esta patología comprende el 20% del total de las causas de infertilidad (Cala et al., 2019). Este desconocimiento de la etiología implica la necesidad de un abordaje no solamente del profesional de ginecología y obstetricia sino también de otras disciplinas (Cabrera et al., 2015). Sin embargo, no llegar a un diagnóstico en particular no implica que no haya una causa directamente, sino que la misma requiere más esfuerzo para su detección. Por lo pronto, las parejas serán momentáneamente diagnosticadas de infertilidad de origen desconocido, cuando los resultados de los análisis se encuentren dentro de los parámetros normales. Además los ciclos menstruales deben presentarse con regularidad, y es necesario que las relaciones sexuales se produzcan por lo menos desde hace un año de manera habitual y en el momento adecuado (ovulación) (Barranquero et al., 2023).

Recientemente se ha visto un gran vínculo entre la infertilidad y modificaciones en el funcionamiento del sistema inmunológico, por lo cual resulta importante estudiarlo para encontrar una causa significativa (Cabrera et al., 2015).

Diversos estudios han propuesto que entre las causas de infertilidad están las trombofilias hereditarias y adquiridas. Es por ello que cuando no se encuentra una etiología visible se pesquisan estas patologías. Sin embargo, en la revisión de las investigaciones se ha constatado una gran diferencia en la prevalencia de la enfermedad y no se ha podido determinar que efectivamente sea una causa de la misma (Chaquiriand, 2021). A su vez, en estudios publicados recientemente por Hasbani et al. (2020) se observa un vínculo entre la

infertilidad y los anticuerpos antifosfolipídicos, pero no hay pruebas lo suficientemente sólidas, para poder confirmar esta relación y así incluirlo dentro de las paraclínicas de primera elección (citado por Chaquiriand, 2021).

Debe señalarse que las parejas con diagnóstico de infertilidad sin causas aparentes, tienen posibilidades de concebir. Usualmente se aconseja comenzar con técnicas de baja complejidad, dando lugar a procedimientos más especializados de no conseguir el embarazo. En última instancia se ofrecerá la donación de gametos (Barranquero et al., 2023).

Capítulo 3 - Vivencias en torno al diagnóstico

3.1 - ¿Cómo realizar el diagnóstico?

Se recomienda que a partir de un año de búsqueda de embarazo sin éxito, bajo las circunstancias de haber tenido relaciones sexuales coitales, frecuentes, sin protección, la pareja concurra a un centro de salud a consultar y realizarse los estudios pertinentes (Riso et al., 2019). No obstante, si la mujer llega a los 35 años y no ha podido conseguir un embarazo de manera natural, cumpliendo con las condiciones mencionadas anteriormente durante 6 meses, se aconseja que consulte sin la necesidad de esperar un año (Mayo Clinic, 2021).

Acorde a la Asociación Española (2017) para realizar el diagnóstico de infertilidad es necesaria una anamnesis detallada y un examen físico completo. A su vez se solicitan estudios paraclínicos, ecográficos, de seguimiento folicular, y espermogramas.

Es importante que en la primera consulta se realice una anamnesis acerca de los antecedentes obstétricos de la mujer, incluyendo particularidades y posibles complicaciones de sus anteriores embarazos (si los tuvo). Indagar también si tiene hijos en común con su vínculo actual o con parejas previas. Dentro de los antecedentes ginecológicos y sexuales, se debe investigar la edad de la primera menstruación, características de los ciclos, si presenta dolor ante ellos o durante las relaciones sexuales y frecuencia de las mismas. Otros de los datos que se debe recolectar en la primera consulta es el uso de métodos anticonceptivos, si se ha sometido a alguna cirugía relacionado al aparato genito-mamario, si ha presentado infecciones de transmisión sexual u otro tipo de patologías. En cuanto a los antecedentes personales, hacer referencia a los hábitos tóxicos, tipo de alimentación, a qué se dedica y si toma algún medicamento. De los antecedentes inmunológicos es relevante preguntar acerca de alergias medicamentosas que posea. Respecto a los antecedentes familiares, hacer hincapié en casos de infertilidad de madres o hermanas, y malformaciones congénitas en el resto de la familia.

A lo que respecta al examen físico general, debe comenzar con el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) considerando el peso y la talla, a su vez valorar alteraciones en la tiroides y en el examen de mamas evaluar la producción de leche no asociada a la lactancia. Buscar también signos de hiperandrogenismo e hiperinsulinismo y bultos palpables en abdomen y/o pelvis. El examen ginecológico consta de una exploración con el propósito de detectar modificaciones vaginales, cervicales, uterinas o en los anexos. Considerar la realización de citología cervical o test de HPV si es necesario. Si la usuaria refiere dolor durante los ciclos menstruales o relaciones sexuales, no descartar la práctica

del tacto recto-vaginal (Masoli, 2010).

Se plantea entonces la solicitud de las siguientes paraclínicas para ambos integrantes de la pareja: hemograma, eritrosedimentación, glucemia, prueba diagnóstica de chlamydia, serología de sífilis y VIH, y en caso de dudar sobre variación de hormonas cuantificar las mismas (Rojas et al., 2011).

Para el varón, el diagnóstico de infertilidad está centrado en el espermograma. Este consiste en el análisis del semen que describe el funcionamiento y la calidad del mismo a través de los siguientes parámetros: cantidad, movilidad, función vital, estructura, pH, anticuerpos antiespermáticos de superficie, agregación y aglutinación espermática y existencia de células redondas. Es imprescindible que la muestra sea obtenida mediante masturbación luego de dos-tres días de abstinencia sexual. La misma será depositada en un envase estéril y seco. En función de lo planteado, se debe tener presente que un resultado dentro de lo esperado, no siempre es suficiente para descartar posibles modificaciones en la fecundidad masculina (Riso et al., 2019; Rojas et al., 2011). Al obtener un resultado fuera de los parámetros habituales, debe realizarse nuevamente a los tres meses para confirmar que realmente haya una modificación del mismo y solicitar, ultrasonografía y doppler testicular, espermocultivo, pruebas que examinan el ADN y estudios hormonales (Chaquiriand, 2023).

Dentro de los estudios que se les realizan a las mujeres, se incluyen el del moco cervical, curva de temperatura basal, test postcoital, histerosalpingografía, biopsia endometrial, laparoscopia y ultrasonografía (Rojas et al., 2011).

El estudio del moco cervical es un tamizaje apropiado para conocer en líneas generales la causa cervical y el equilibrio hormonal. El momento indicado para la obtención de la muestra es cuando los niveles de estradiol alcanzan su máximo, correspondiendo con el pico de LH (mitad del ciclo menstrual). La toma de la misma se realiza con una jeringa y se evalúan ciertas variables como cantidad, consistencia, adherencia, flexibilidad, celularidad y arborización. Se toman en cuenta tres etiologías, por las cuales se dice que el moco cervical es atípico, células endocervicales inapropiadas y que no cumplen correctamente su función y actividad estrogénica baja.

La curva de temperatura basal (CTB) consiste en registrar la misma durante tres ciclos sucesivos, el aumento de 0,5 °C indica el incremento de la progesterona lo que refleja la capacidad de ovulación y/o de cambios en el ciclo.

El test postcoital se efectúa en el lapso de las dos y 18 horas después del coito llevado a cabo entre los días 11 y 13 del ciclo menstrual. Dicho test deja en evidencia datos del gameto masculino como la cantidad, movilidad y velocidad en la que avanza. De esta

manera, se valora el intercambio entre el moco cervical y los espermatozoides (sin alteraciones).

Uno de los métodos diagnósticos de excelencia es la realización de histerosalpingografía en el octavo día del ciclo. Es una radiografía que consiste en obtener imágenes del aparato genital femenino, para explorar las trompas de Falopio y las posibles modificaciones que afecten su permeabilidad. Otra opción es que la misma se realice con flúor, pero conlleva algunas prohibiciones como la gestación, enfermedad inflamatoria pélvica y rechazo al yodo.

La biopsia endometrial consiste en tomar una muestra (por aspiración) de la cara anterior del revestimiento del útero, que tiene mayor utilidad diagnóstica entre los días 22 y 26 del ciclo menstrual. Es un procedimiento de gran sensibilidad para identificar cómo está actuando el cuerpo lúteo y la presencia de la ovocitación.

Un análisis que permite visualizar los órganos internos y la pelvis es la laparoscopia. Su objetivo es pronosticar enfermedades de los órganos genitales como la endometriosis y alteración en la morfología de los mismos.

Para valorar el desarrollo de los folículos y el endometrio se emplea la ultrasonografía, que significa un gran apoyo para el diagnóstico de la persona que tiene infertilidad (Rojas et al., 2011).

Otros de los análisis mencionados como importantes por Chaquiriand (2023) son, el estudio de reserva ovárica, estudios hormonales y estudio de la permeabilidad tubaria.

Los servicios amparados bajo la Ley N° 19167, contemplan todos los estudios que sean necesarios para un posible diagnóstico de infertilidad, incluyendo también su tratamiento (ya sea baja o alta complejidad), las herramientas que se utilicen en el procedimiento, atendiendo las complicaciones que surjan y su medicación (Uruguay, 2013).

3.2 - ¿Cómo se comunica el diagnóstico?

Según Díaz (2019) se considera una mala noticia a todo anuncio que opaca la visión de la persona sobre su destino, provocando una modificación en sus sentimientos, acciones y proyecciones. Comunicar la misma de manera errónea, conlleva a una adecuación y manejo del duelo complicados, como también perjudica el vínculo médico-paciente. Con una correcta comunicación se reduce la repercusión emocional, favorece la adaptación del destinatario y al emisor provoca menor impacto en su salud mental. El autor sugiere ciertos aspectos a tener en cuenta al momento de comunicar la noticia. En primer lugar, propone que es primordial contar con información sólida de la situación clínica (Díaz, 2019). Es fundamental que el profesional de salud se encuentre en calma y planifique la mala noticia

que va a transmitir para no olvidarse nada que pueda ser de suma importancia (Universidad Europea, 2022).

Buchman (2020) propone 6 pasos a la hora de comunicar una mala noticia que los incluye en una sigla "SPIKES". La letra S significa "Setting up", que alude a la importancia de corroborar la información que se le brindará a los usuarios y preparar el entorno en el cual se va a encuadrar la consulta (citado por Almirallmed, 2022). A su vez el entorno debe ser oportuno, cuidando la privacidad y evitando que se produzcan cortes para mantener una comunicación fluida. Es adecuado proporcionar un espacio para que la persona, su acompañante y/o familia puedan sentarse (Díaz, 2019). La letra P corresponde a "Perception", que se centra en ajustar la información nueva que va a recibir el paciente con sus necesidades y conocimiento previo de la enfermedad. La letra I hace referencia a "Invitation" que apunta a ir comunicando en la medida que el paciente lo solicite, dando lugar a interrumpir cuando considere necesario. "Knowledge" representa la letra K, menciona que luego de haberle transmitido toda la información al consultante, se procederá a darle detalles sobre los tratamientos de manera tal que el mismo pueda comprenderlos correctamente. La letra E simboliza "Emotions", que destaca la importancia de contemplar el impacto emocional que la noticia provoca en el usuario, y si a pesar de este ha comprendido el informe. Resulta fundamental que el personal de salud se muestre empático ante la situación y sea capaz de brindar apoyo al paciente y sus acompañantes. La letra S equivale a "Strategy and summary" que consiste en un cierre de consulta apropiado, ofreciendo información sobre los siguientes encuentros (incluyendo fuera de agenda) y una síntesis del tema para asegurarse que el receptor comprendió el mensaje (Almirallmed, 2022).

Para facilitar la adherencia a los procedimientos que siguen, es importante que el personal idóneo maneje correctamente las habilidades comunicacionales. En cuanto al lenguaje corporal, es fundamental que se mantenga una postura adecuada, procurando sostener el contacto visual y cuidando que la gestualidad sea acorde a lo que se quiere informar. Respecto al lenguaje verbal, es indispensable presentarse, dirigirse a la persona por su nombre, con respeto y amablemente. Por consiguiente para no generar una mala interpretación de la información es conveniente que la misma sea clara y que no llegue al receptor de manera tergiversada. Se brindarán sólo los datos que el paciente esté dispuesto a recibir (Díaz, 2019). Este tipo de noticias suele causar confusión para el receptor, por tanto es necesario que el comunicador proporcione pruebas que confirmen el motivo por el cual se produjo esta situación clínica, así pues ambos tendrán la certeza de que la información llegó de manera detallada (Universidad Europea, 2022).

Finalmente Díaz en su artículo, menciona que luego de comunicada la noticia, es importante asegurarse que la misma haya sido comprendida por el receptor, abordando dudas que

puedan surgir (Díaz, 2019). No despedir al paciente sin antes habilitar un espacio para que el mismo exprese sus dudas libremente (Universidad Europea, 2022).

Dado que es esperable que diversas emociones como la negación, el bloqueo, y otras se pueden manifestar, el profesional no debe responder a la violencia con más insultos (Díaz, 2019). Dichas reacciones corresponden a ciertas variables como la edad, compromisos personales y familiares, anterior vivencia con el diagnóstico, convicciones del paciente, etc. Es por ello que al comunicar una noticia, debemos tener en cuenta que hasta una “enfermedad común”, puede cambiar la cotidianeidad del individuo como su alimentación y sus actividades de rutina. Al modificar de tal manera su vida diaria, para éste paciente, ésta información sería una mala noticia, que lo posiciona como una persona “enferma” ante la sociedad. Estas emociones se ven influenciadas de acuerdo a la calificación que le otorgue la persona y lo que representa esa noticia para la misma (González, 2016).

La consulta no finaliza luego de que se transmite la mala noticia, sino que es importante que para concluir, el personal de salud ofrezca distintas opciones que le brinden contención de acuerdo a sus preferencias (psicología, religión, etc). Asimismo, se debe proporcionar información acerca de qué caminos pueden tomar, priorizando su decisión (Universidad Europea, 2022).

Es muy frecuente que el usuario que recibe la noticia, conserve un recuerdo en el tiempo, del contexto en el que le fue comunicada esa información (dónde, cuándo y cómo) (González, 2016).

Específicamente conocer la noticia en caso de infertilidad no resulta sencillo para las parejas que uno de sus propósitos es ser padres. El diagnóstico, los impacta emocionalmente ya que los múltiples intentos no tuvieron éxito debido a un impedimento de alguno de los integrantes de la pareja (Ivi, 2016).

Tal es la afectación que se vive como un duelo, no por la pérdida de algo físico sino por el ideal que no se está pudiendo concretar. Los sentimientos que experimentan las personas con diagnóstico de infertilidad repercuten en todas las áreas de su vida, entre otras se observa, disminución de la concentración, descenso de la libido, preocupación constante y sensación de culpa. Es común que ante esta situación, las parejas opten por aislarse y prefieran estar solas (Avantia Instituto de Fertilidad, 2024).

Como mencionamos anteriormente, el concepto de maternidad no es algo meramente fisiológico sino que tiene un peso social femenino. Es así que cuando la mujer toma contacto con la infertilidad se somete a la decisión de replantear su identidad ante la sociedad. Es importante que este proceso no sea vivido en soledad, para que el mismo resulte más ameno; estar acompañada, favorecerá la aceptación del diagnóstico. Este

acompañamiento puede venir de parte de su pareja, el profesional de salud, de otras personas que hayan vivido situaciones similares, etc (Rujas, 2022).

No sólo enfrentarse al diagnóstico resulta difícil, el mismo también podría implicar pasar por diversos Tratamientos de Reproducción Humana Asistida (TRHA), “poner el cuerpo”, y aún así no lograr el positivo acarrea una presión física y emocional. Sin embargo, las mujeres se enfrentan a estos tratamientos para quedarse tranquilas de que hicieron todo para cumplir este proyecto de vida (Rujas, 2022).

Dentro de este orden de ideas, la guía de planificación familiar de la OPS (2019) propone que las parejas deben ser orientadas en conjunto, ya que el diagnóstico de infertilidad, hace que cada miembro de la pareja genere culpa hacia el otro, específicamente esta es dirigida a la mujer. El personal de salud, debe comunicar la noticia haciendo énfasis en que la etiología puede ser mixta, o que a veces la infertilidad puede no tener causas aparentes (citado por Pereyra y Saravia, 2023, p. 52).

3.3 - Consecuencias en la salud psico-emocional tras el diagnóstico

Para la mayoría de las mujeres, la maternidad se convierte en un gran deseo a concretar para lograr la plenitud, aunque cuando esto no se consigue puede volverse una frustración, dado que el cuerpo que era “capaz de procrear”, ahora carece de esta función (Pereyra y Saravia, 2023).

El impacto psicológico que se produce tras el diagnóstico, no sólo está relacionado con el estrés, la ansiedad y la desilusión, sino también con los gastos económicos que implica y el proceso de duelo que se genera (Pereyra y Saravia, 2023).

Según Nanda (2019) el duelo es aquella respuesta esperable de un individuo, familia o comunidad ante una pérdida anunciada o que se da de manera inesperada, sea de un vínculo, un trabajo, una persona allegada, etc. Se expresa a través del enojo, sensación de soledad y de culpa, angustia, preocupación, entre otros (citado por Martínez y Martínez, 2024, p. 7).

Este proceso se comienza a desarrollar desde que se busca el embarazo hasta que se obtiene un tratamiento para la infertilidad. Entre las pérdidas se encuentran la del plan de vida (impuesto por los roles de género) y la de la función innata de procrear, que implica una derrota individual (Martínez y Martínez, 2024). En relación a lo planteado anteriormente, también se duela el cuerpo que no cumple su función, ya sea de “embarazar” o “quedar

embarazada”, reconociéndose como estropeado (Pastorino, 2023).

Cuando las parejas consultan por la búsqueda de embarazo sin éxito, los profesionales han percibido que las emociones que presentan respecto a este diagnóstico, son semejantes a las que manifiestan las personas que enfrentan una pérdida perinatal. Es por esto que los autores consideran que el duelo por infertilidad debe ser comprendido dentro de lo que implica un duelo perinatal, entendiendo éste como aquel que no abarca únicamente a partir de tener un embrión sino también cuando no se consigue la gestación. De igual manera que en el duelo perinatal, sucede una ruptura del hijo y estructura familiar idealizada, del bienestar en la pareja, de la oportunidad de tener descendencia y de un proyecto (Martínez y Martínez, 2024).

Así como también, en gran parte de las parejas se produce una brecha, dado que nunca se plantearon la posibilidad de no lograrlo hasta que realmente lo comienzan a intentar.

En relación a lo expuesto anteriormente, cuando la idea previa de que podían concebir se derrumba, generalmente predominan los sentimientos negativos como la frustración y el desconsuelo (Cabrera et al., 2015).

El duelo relacionado a la infertilidad no es fácil de visualizar, es desestimado y no se encuentran protocolos para contener a las familias como tampoco tienen lugar en las religiones, generalmente esto sucede en aquellos casos que presentan infertilidad secundaria (Martínez y Martínez, 2024).

Más allá del progreso respecto a los géneros, hay desigualdad entre las emociones sentidas por hombres y mujeres en torno a la infertilidad. Se dice que las mujeres lo transitan con mayor intensidad, debido a que tras el diagnóstico, experimentan un aumento en el impacto negativo en su salud mental (Martínez y Martínez, 2024) perjudicando su calidad de vida (Pastorino, 2023). En este contexto, a la población femenina se le adjudica el deber de procrear, de consumir los mandatos sociales y de someterse a los tratamientos sugeridos. Por otra parte, a los hombres se les atribuye el compromiso de brindar apoyo emocional a su pareja, imposibilitando la expresión de sus sentimientos.

Estudios demuestran que la gran mayoría de mujeres exteriorizan síntomas depresivos de media a mayor intensidad, con altas probabilidades de desencadenar depresión clínica en el proceso (Pastorino, 2023).

Se plantea que la infertilidad es una “crisis vital”, capaz de influenciar de manera desfavorable el entorno de las personas que la atraviesan y este diagnóstico permanece y revoluciona su día a día. Este proceso suele mantenerse por largos períodos de tiempo y habitualmente se sobrelleva en soledad. Dicha crisis se establece cuando no se logra acatar

los mandatos reproductivos que impone la sociedad, lo cual les obliga a ajustarse emocionalmente a esta condición (Pastorino, 2023).

Conseguir el embarazo deseado, no indica que las vivencias en torno a la infertilidad terminen. Es una noticia que marca a las usuarias para siempre y limita los sentimientos hacia esa gestación. Esto se expresa a través de una ambigüedad donde van a convivir emociones positivas (felicidad, ilusión, y esperanza) y emociones negativas (temor, incerteza, fracaso). Que primen ciertas emociones (positivas o negativas) dependerá de cómo se haya desarrollado la búsqueda, el tiempo dedicado y de la contención recibida a lo largo del proceso. Cuando este se torna duradero y no perciben un apoyo emocional de sus parejas, es habitual que los sentimientos adversos predominen (Rujas, 2022).

3.3.1 - Consecuencias en la pareja tras el diagnóstico

El diagnóstico de infertilidad, los estudios que se realizan, los tratamientos que implica, y el seguimiento del mismo, pueden afectar los sentimientos y comportamientos que se dan en el vínculo de pareja (Martínez y Martínez, 2024).

El impacto que produce el tener que adaptarse a esta nueva realidad es uno de los obstáculos más grandes que la pareja tiene que superar. A causa de que no sólo influye en la percepción de cada individuo sino también en los objetivos que tienen en común, requiriendo una reorganización más amplia y compleja de su proyecto compartido (Pastorino, 2023).

Se ha demostrado una gran diferencia en cuanto al impacto emocional que produce en las parejas, enfrentarse al diagnóstico de infertilidad y la posibilidad de lograr la concepción de manera natural. Aquellas parejas con problemas para concebir son más propensas a generar problemas de salud mental en el futuro, ya que presentan mayor grado de sensibilidad, antipatía, dependencia excesiva del otro miembro de la pareja, menor adhesión a las redes de apoyo y disminución significativa del amor propio (Pastorino, 2023).

Entendiendo la infertilidad como una “crisis vital”, es importante considerar las herramientas con las que cuentan las personas (individualmente) y la pareja (en su conjunto) para amortiguar la conmoción emocional que conlleva la noticia. Se observa que la firmeza del vínculo, contención mutua, reconocer los sentimientos del otro y carácter de cada uno son aspectos significativos a tener en cuenta al momento de afrontar lo que se aproxima.

Independientemente de qué integrante sea la causa de esta dificultad para concebir, ambos van a padecer las circunstancias negativas del diagnóstico, aunque esta etapa y los procedimientos posteriores incluyen principalmente a la mujer (Pastorino, 2023).

Sin embargo, cuando la infertilidad se atribuye a un integrante de la pareja es una situación más difícil de sobrellevar a nivel de las emociones como también en el ámbito psicológico, prevaleciendo sentimientos como por ejemplo la culpa. Hacer referencias al “nosotros” puede ayudar a que la carga no recaiga sobre un integrante en específico, sino que sea una situación a atravesar en conjunto (Perez, 2022).

Es usual que esta patología esté acompañada de impaciencia, soledad, impedimentos para expresar los sentimientos, sensación de no poder disfrutar plenamente ni controlar lo que está pasando y disfunciones sexuales como falta de deseo e incapacidad de lograr una erección. Se plantea entonces que lo que antes significaba una fuente de placer y disfrute ahora es un compromiso para lograr la gestación. Las relaciones sexuales por tanto, pasan de ser impensadas a ser encuentros programados con alteraciones en la constancia y en el empeño (Pastorino, 2023).

La infertilidad puede afectar la relación, el funcionamiento, el diálogo y la intimidad de pareja pero también puede fortalecer el vínculo como así muchos lo han descrito. Algunos autores aseguran que el diagnóstico, los posteriores tratamientos y los repetidos tests de embarazo negativos representan una vivencia sumamente estresante. Esta situación genera que las parejas renuncien a los TRHA (Pastorino, 2023).

La presencia de la resiliencia en los hombres y mujeres que presentan esta patología, se demuestra a través de agresividad, carencia afectiva, dificultades para expresarse claramente, amplio nivel de pesimismo e intolerancia respecto al otro. Estudios revelan que ellas expresan mayor capacidad para adaptarse a esta situación, utilizando herramientas propias que puedan contribuir en el logro de la concepción. De otra manera, ellos tienden a exigir la presencia del otro, presentar un comportamiento menos activo y una actitud poco alentadora en cuanto a los TRHA (Pastorino, 2023).

Una investigación realizada en Alicante a parejas durante el periodo comprendido desde que le comunicaron la noticia hasta el inicio del tratamiento, evidenció a lo largo del proceso la presencia de sentimientos de duelo, los cuales dividió en tres categorías: “sentimientos de la esfera psicológica, de la esfera social y de la esfera espiritual” (Figura 3).

Figura 3: Clasificación de los sentimientos asociados al duelo

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDADES DE SIGNIFICADO
1. Sentimientos de la esfera psicológica	1.1 Ansiedad 1.2 Frustración 1.3 Tristeza 1.4 Miedo 1.5 Ambivalencia emocional	Ruptura de las expectativas Rol pasivo Pérdida de control Sin persona de referencia Sensación de fracaso Sensación de impotencia Falta de empatía Falta de acompañamiento Esperanza-desesperanza
2. Sentimientos de la esfera social	2.1 Aislamiento 2.2 Banalización	No expresión de sentimientos/ emociones Falta de empatía Falta de comunicación No información
3. Sentimientos de la esfera espiritual	3.1 Búsqueda de significado 3.2 Culpa 3.3 Aceptación	Explicación de actos Justificación Resignación Unión Superación de dificultades

Fuente: Martínez y Martínez, 2024.

Los sentimientos de la esfera psicológica se refieren a aquellos que producen sentimientos de incomodidad y perjudican las emociones, influyendo en la salud y favoreciendo la sensación de carencia de estrategias para afrontar adecuadamente la patología. Entre estos se encuentran la “ansiedad, frustración, tristeza, miedo y ambivalencia emocional” (Figura 4).

Figura 4: Descripción de los sentimientos pertenecientes a la esfera psicológica

Tabla 4. Definiciones de sentimientos de la esfera psicológica

DEFINICIONES DE SENTIMIENTOS DE LA ESFERA PSICOLÓGICA	
ANSIEDAD	Estado mental caracterizado por gran inquietud, intensa excitación y extrema inseguridad
FRUSTRACIÓN	Respuesta emocional experimentada cuando tenemos un deseo, una necesidad, un impulso y no logramos satisfacerlo; entonces sentimos ira, molestia y decepción, un estado de vacío no saciado
TRISTEZA	Sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable, suele manifestarse con estado de ánimo pesimista, insatisfacción y tendencia al llanto
MIEDO	Sentimiento de desconfianza que impulsa a creer que ocurrirá un hecho contrario a lo que se desea. Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario
AMBIVALENCIA EMOCIONAL	Estado de tener simultáneamente en conflicto sentimientos hacia una persona u objeto. Es la experiencia de tener pensamientos y/o emociones positiva y negativa hacia alguien o algo

Fuente: Martínez y Martínez, 2024.

La ansiedad fue una emoción presente en la totalidad de las personas entrevistadas, a causa de no lograr el embarazo naturalmente, generando un quiebre entre sus ideales previos y la realidad actual. El vínculo de pareja es un aspecto que también impulsa este

sentimiento, los hombres se angustian por su pareja y las mujeres lo asocian a la culpa, al sentirse responsables de que la meta de su pareja (ser padre) no se concrete. Se agregó que la percepción de la falta de información, brindada por parte del personal de salud, incide en esta subdivisión.

La frustración nace de la desilusión de no haber conseguido la gestación cómo estaba en su imaginario, percibiéndolo como un fracaso dado que las TRHA son tratamientos inciertos y suelen ser complejos.

En cuanto a la tristeza, fue otro de los sentimientos más prevalentes y que causó más afectación en la vida en general, anulando el buen desempeño en el día a día. Esto se vio mayormente en las mujeres, requiriendo consultas con el equipo de Salud Mental.

Acerca del miedo, este acompañó a las parejas a lo largo del proceso de infertilidad, principalmente el temor de ser la persona que tiene el factor causal de esta patología. Asimismo, con el paso del tiempo, este sentimiento se intensificó esencialmente en las mujeres, debido a que ellas son las que enfrentan físicamente los tratamientos que se deberán realizar. De igual modo, aumentó cuando, con el avance del tratamiento y en los repetidos intentos, no se logró lo que esperaban. Puntualmente en este estudio, la pandemia a causa del Covid-19, acentuó el sentimiento de miedo, creyendo que no tenían el control de lo que sucedía, además de que los procedimientos podían ser suspendidos temporalmente. Cabe destacar que en las mujeres que presentan edad materna avanzada, recuento de óvulos bajo, y/o aquellas que hace más tiempo que esperan su momento para la consulta médica, se remarcan los sentimientos de miedo, ansiedad, impaciencia y decepción (Martínez y Martínez, 2024).

Respecto a la ambivalencia emocional, estuvo presente en el transcurso del tratamiento, consistiendo en la convivencia de emociones contrarias como esperanza y desilusión, creando una sensación de agotamiento sentimental, conduciendo a pensamientos negativos en cuanto a la posibilidad de la paternidad.

Los sentimientos de la esfera social son aquellos que se vinculan al entorno de la persona, abarcando a su pareja, familia y amigos: aislamiento social y banalización (Figura 5) (Martínez y Martínez, 2024).

Figura 5: Aclaración de los sentimientos de la esfera social

Tabla 5. Definiciones de sentimientos de la esfera social

DEFINICIONES DE SENTIMIENTOS DE LA ESFERA SOCIAL	
AISLAMIENTO SOCIAL	Estado en que el individuo experimenta una sensación de soledad impuesta por los demás y que la percibe como un estado negativo o amenazador
BANALIZACIÓN	Hacer una cosa trivial, convertir algo sobresaliente en ordinario o corriente, que carece de toda importancia y novedad

Fuente: Martínez y Martínez, 2024.

El aislamiento social es tal, que a veces incluye a la pareja, causando un hermetismo, donde no hay una comunicación efectiva en que se manifieste las emociones que se están atravesando. Se observa que, las mujeres demuestran sus sentimientos con mayor frecuencia, por su parte los hombres no lo hacen tanto, esto lleva a que se genere una sensación de que ellos “sufren menos” y se originen conflictos en el vínculo (Martínez y Martínez, 2024).

Otro de los sentimientos pertenecientes a la esfera social es la banalización, donde las parejas expresan que las demoras en la atención y la escasa información recibida, le han ido quitando importancia a sus emociones (Martínez y Martínez, 2024).

Los sentimientos de la esfera espiritual son aquellos que forman parte de ir tras una respuesta y sobrellevar lo que está pasando: búsqueda de significado, culpa y aceptación (Figura 6) (Martínez y Martínez, 2024).

Figura 6: Explicación de los conceptos de los sentimientos de la esfera espiritual

Tabla 6. Definiciones de los sentimientos de la esfera espiritual

DEFINICIONES DE LOS SENTIMIENTOS DE LA ESFERA ESPIRITUAL	
BÚSQUEDA DE SIGNIFICADO	Necesidad de saber o comprender el motivo por el que está sucediendo algo
CULPA	Responsabilidad o causa de un suceso o de una acción negativa o perjudicial, que se atribuye a una persona o a una cosa
ACEPTACIÓN	Aceptar la realidad, sin intentar cambiar o combatir aquello que no podemos controlar. Es un proceso de tolerancia y de adaptación (no de lucha)

Fuente: Martínez y Martínez, 2024

La búsqueda de significado, se presenta cuando las parejas se preguntan cuál es el motivo detrás de lo que les está sucediendo, y si algo de lo que hicieron anteriormente se relaciona con este hecho (Martínez y Martínez, 2024).

En relación a la culpa, la misma se manifestó en ambos integrantes de la pareja, aunque con predominio en las mujeres. Los dos coinciden en sentirse culpables por retrasar la

ma-paternidad, al haber priorizado otros proyectos personales como el trabajo pero al mismo tiempo, buscan maneras de reducir esta culpa, entendiendo que la sociedad actual elige resolver antes otras cuestiones (educación, viajar, etc) y luego ser padres. Los fracasos reproductivos son vividos como una mortificación, preguntándose si son merecedores de lo que está pasando (Martínez y Martínez, 2024).

La infertilidad y pérdidas de embarazo causan culpa, y generan sentimientos de un “cuerpo dañado”, además, en el caso de las mujeres se perciben insuficientes e imperfectas. Sobre la aceptación, tras un tiempo ocurre que las personas empiezan a reconocer la situación que les está pasando y comienzan a resignar la idea de que quizás el embarazo no ocurra. Esta aceptación contempla también que aunque no logren el objetivo, la situación los ha fortalecido, ambos se mantendrán unidos y seguirán adelante con su vínculo. Cuando la pareja asume la infertilidad, se dice que ha llegado a la etapa final de su proceso de duelo (Martínez y Martínez, 2024).

No abordar el proceso de infertilidad desde el punto de vista emocional implica riesgos para la pareja. Cuando no se habla de los sentimientos, la pareja se empieza a alejar y en ese momento lo único que los conecta es la búsqueda de ese embarazo, que cada uno lo atraviesa de manera distinta, convirtiéndose en lo que se denomina “pareja divergente”. Para trabajar en esta divergencia, deben mantenerse unidos y en una comunicación constante y efectiva (Perez, 2022).

También se recomienda, que al mismo tiempo que se efectúan las pruebas diagnósticas de infertilidad, se realicen interconsultas con psicología. Esto ayuda a captar las parejas que sean más propensas a desarrollar enfermedades de salud mental, en el transcurso del diagnóstico y posteriores tratamientos (Pereyra y Saravia, 2023).

3.3.2 - Consecuencias en el entorno: trabajo, familia y amistades

La infertilidad y los TRHA, hacen que las emociones sentidas por las parejas, no sólo influyan en su vida personal sino también en su trabajo y red de contención.

En el apartado anterior, se mencionaron tres categorías de sentimientos vividos por las personas que tuvieron diagnóstico de infertilidad. Una de ellas, se centraba en sentimientos de la esfera psicológica, en la misma están incluidas la frustración y la tristeza. La primera se manifiesta a través de impotencia, al ver que otras mujeres del entorno están logrando lo que ella desea y no consigue, en la medida que prefieren no compartir tiempo con ellas. Por otro lado, la tristeza se evidenció cuando se plantearon situaciones que ocurrieron en la interacción con otros, donde no se sintieron comprendidos ni apoyados (Martínez y Martínez, 2024).

Otra de las categorías realza los sentimientos de la esfera social, entre los cuales se encuentra el aislamiento social. Las parejas demostraron, en el desarrollo de los procedimientos a aplicar, esta percepción de tener pocas personas con las que interactuar frecuentemente. Particularmente, los hombres lo sentían con mayor intensidad, la mayoría confesó que no solían comunicar a personas cercanas lo que estaba pasando respecto a sus problemas reproductivos ni tampoco las emociones que surgían en el proceso. Al igual que las parejas que atraviesan un duelo perinatal, este aislamiento se extiende a no concurrir a eventos sociales, y más aún cuando hay pequeños presentes. La infertilidad a su vez, está cargada de prejuicios, es por ello que las parejas no lo hablan abiertamente con su círculo ya que no perciben un acompañamiento oportuno de sus allegados ni de personal de salud que los asesora. Dentro de este marco, cuando las personas minimizan esta problemática, simbólicamente no habilitan un espacio para el duelo, el cual es un proceso necesario para las parejas que luchan contra la infertilidad (Martínez y Martínez, 2024).

Otro texto apoya esta idea del aislamiento social, agregando además sentimientos de ira, odio y envidia dirigidos a gestantes o mujeres con hijos de corta edad. No sólo las propias personas se separan de su entorno por no querer exponerse a preguntas ni situaciones incómodas sino también el entorno las aísla al no hablar de asuntos vinculados a gestación y maternidad. Esto incluye actitudes de parte de amigos como por ejemplo planificar/arreglar su día a día en base a las actividades que tienen sus niños, “no puedo el martes porque Martín tiene fútbol” (Pastorino, 2023).

La infertilidad, es en reiteradas oportunidades vista como algo que para el varón, lo hace “menos hombre” y disminuye su “masculinidad”, atributos que la sociedad ha impuesto y que todos deben mantener. Con el paso de los años, los mandatos sociales sobre ellos aumentan, repercutiendo en su bienestar. Es por ello que, muchos eligen no exteriorizar esta dificultad, y utilizar herramientas personales para superar este inconveniente (a diferencia de las mujeres que tienden a manifestar sus emociones) (Pastorino, 2023) .

3.4 - Rol de la Obstetra Partera y la importancia del trabajo interdisciplinario

La Obstetra-Partera es el personal idóneo para atender la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres a lo largo de las distintas etapas de su vida. Entre sus competencias se encuentra el acompañamiento en las etapas preconcepcionales, embarazo, parto y puerperio, incluyendo al lactante en sus primeras horas de vida. Encargándose también de la promoción y prevención de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, infecciones de

transmisión sexual, asesoramiento en embarazos no deseados, etc (Universidad de la República [UDELAR], 1997).

Martínez y Martínez (2024) proponen que dicha profesional debe ser parte del equipo interdisciplinario del abordaje de infertilidad, debido a que está capacitada para la asistencia de los procesos reproductivos (Martínez y Martínez, 2024). Desde el primer nivel de atención, donde se desempeñan las parteras, se reciben las consultas relacionadas a la etapa fértil como por ejemplo mujeres que buscan un embarazo (consulta preconcepcional o búsqueda sin éxito), etc.

Se ha verificado la importancia del rol de las mismas en la protección de la fertilidad. Dentro de los factores que se puede brindar asesoramiento para la preservación de la fecundidad en la consulta, se encuentran la edad, obesidad/bajo peso, consumo de sustancias, exposición a agentes tóxicos del entorno, infecciones de transmisión sexual, problemas en las relaciones sexuales (físicos y/o emocionales) y mitos vinculados a métodos anticonceptivos y fertilidad (Pereyra y Saravia, 2023).

Es fundamental que la pareja realice una consulta preconcepcional, la cual consiste en un examen físico y anamnesis completos para detectar posibles enfermedades que interfieran en la búsqueda y/o desarrollo de la futura gestación. También se recomienda a la mujer, tener una consulta con odontólogo y nutricionista, además de contar con la citología cervical y esquema de vacunación vigentes (UNICEF, 2023).

En resumidas cuentas, en esta consulta se orienta sobre el ciclo menstrual y cuáles son los días fértiles, como también cuál es el período de tiempo ideal para lograr la concepción. Es importante que en el ejercicio profesional se logre que todas las usuarias, independientemente de su orientación sexual, tengan derecho al asesoramiento necesario para la búsqueda de embarazo.

Es imprescindible que en la primera consulta, cuando haya sospechas de una posible infertilidad, se soliciten los correspondientes estudios diagnósticos, para que las personas puedan ser derivadas a un nivel de mayor complejidad, ya con los resultados de los análisis (Pereyra y Saravia, 2023).

El equipo interdisciplinario cumple un rol esencial en la contención emocional de las usuarias, y en la mejoría de la aceptación en torno al diagnóstico. Es evidente que generar un ambiente cálido, donde el profesional sea empático beneficia la adherencia a los tratamientos, disminuye el dolor y habilita un espacio para el intercambio (Rujas, 2022).

Con respecto a los profesionales de la salud, las parejas narran que prefieren ser asesorados por una misma persona en todo el proceso de infertilidad y no someterse a

cambios que acentúan las emociones negativas ya existentes. Este personal, debe ser competente, brindar una asistencia integral entendiendo que, la infertilidad no implica únicamente una incapacidad física sino que también afecta la salud mental, emociones y otros vínculos de las personas (Martínez y Martínez, 2024). El equipo de Psicología no está contemplado aún dentro de los equipos multidisciplinarios de problemas reproductivos, como tampoco hay una guía de manejo para parejas en situación de infertilidad (Pastorino, 2023; Pereyra y Saravia, 2023). Esto resulta perjudicial, ya que aumenta el impacto psicológico y fomenta indirectamente desde el sistema de salud el transitar el proceso de manera solitaria (Pastorino, 2023).

Capítulo 4 - Pasos a seguir posterior al diagnóstico

4.1 - Redes de Apoyo

Merino y Pérez (2022) definen una red de apoyo como el conjunto de vínculos que una persona tiene para ser sostenida en momentos de aflicción, ser apoyada en situaciones vulnerables, ser escuchada, ser protegida, ser valorada y ser contenida. En resumidas cuentas, el concepto de red de apoyo refiere a entidades que trabajan de manera organizada para contribuir en favor de alguna causa. Este acompañamiento no sólo involucra a allegados sino también al equipo de salud o grupo de apoyo (Merino y Pérez, 2022).

Las redes de apoyo no permanecen estáticas de por vida, sino que van mutando a través de los años, a modo de ejemplo las mismas pueden aparecer meramente en situaciones extremas como accidentes o defunciones (Arroyo et al., 2020).

La solidez de la pareja y el apoyo con el que cuentan de parte del entorno y del personal sanitario, ha demostrado ser útil para una adecuada adaptación al proceso de duelo y para la disminución de sentimientos como estrés y ansiedad. Asimismo se ha observado, que vincularse con otras parejas, que previa o actualmente tengan un diagnóstico de infertilidad, es fundamental para poder intercambiar vivencias, sensaciones e información, que los ayuden a transitar este camino con mayor serenidad y apoyo a la vez. Suelen tomar contacto con estas personas a través de plataformas virtuales (Martínez y Martínez, 2024), que al mismo tiempo les resulta más cómodo al poder ocultar su identidad y al ser más fácil de acceder (Pastorino, 2023).

Es habitual que las parejas intentan otorgarle un motivo a lo que les está sucediendo, y en esta búsqueda el acompañamiento de otras personas se considera imprescindible (Martínez y Martínez, 2024).

En Uruguay, una de las organizaciones dirigidas a pacientes con infertilidad y sus acompañantes es “Red de apoyo, Contención y Asesoramiento en Fertilidad”. Dicha red tiene como objetivo brindar información y acompañamiento a pacientes que desean un embarazo, así como también se enfoca en la prevención de problemas para concebir en usuarios en edad reproductiva. Esta organización pretende ser un espacio seguro en el que los individuos y/o parejas puedan aclarar inquietudes, comprender sus derechos respecto a la Salud Sexual y Salud Reproductiva y que se sientan confiados para compartir sus experiencias. La misma, nace de un conjunto de pacientes y ex-pacientes que entendiendo

el camino de la infertilidad como algo complejo, percibieron que era difícil acceder a información sobre la temática y el acompañamiento emocional de estos casos (El País, 2021).

A nivel internacional, también se han generado espacios para esta población, un ejemplo es La “Asociación Red Nacional de Infértiles” (RNI) de España. Esta corporación surge en el año 2012, cuando un conjunto de mujeres buscando información sobre infertilidad a través de la web, se encontraron con otras mujeres que estaban atravesando la misma enfermedad. Considerar que la infertilidad existe y hablarla con otras personas, contribuye a que la misma deje de ser un tabú y una situación que deba ser transitada en solitario. El propósito de esta red, es dar a conocer las vivencias de los pacientes en torno al proceso de infertilidad, aspecto que antes no era tenido en cuenta en la región ya que no era un tema que se pudiera hablar con normalidad. Las personas generalmente no anticipan que pueden ser parte de ese gran porcentaje de pacientes que tienen problemas de fertilidad y piensan que en el caso de serlo, se someterán a tratamientos de Reproducción Asistida con un resultado exitoso. Esta red, por lo tanto, trata de derribar estos mitos y acompañar a las pacientes en esta difícil etapa. Una de las próximas metas es la de “Madres Invisibles”, que consta de la creación de una película del género documental. Este largometraje intentará plasmar las historias a través de entrevistas, dejando en evidencia las experiencias de las mujeres con infertilidad frente a cada resultado negativo (Malasmadres, 2021).

4.2 - Posibles caminos luego del diagnóstico

El diagnóstico de infertilidad es complejo de enfrentar, generando un impacto negativo sobre los sentimientos de las personas. Los Tratamientos de Reproducción Humana Asistida son un camino pero no el único. Algunas parejas optan por la adopción y otras deciden abandonar la búsqueda de embarazo (Mayo Clinic, 2023).

Los principales motivos por los cuales algunas parejas deciden comenzar el trámite de adopción, son los reiterados ciclos de tratamientos de reproducción humana asistida, una patología que sea potencialmente riesgosa si se produce un embarazo, o una enfermedad genética que el bebé pudiese heredar (American Pregnancy Association, s/f).

En cambio, decidirse por el camino de los tratamientos implica someterse a extensos tiempos de espera, múltiples análisis y algunas veces terapias hormonales. Dentro de este marco, resulta imprescindible disponer de una red de apoyo, para sostener la esperanza y que las personas continúen el proceso de búsqueda logrando disfrutar el trayecto hacia la obtención del embarazo (Ginemed, 2024).

Otra estrategia para que los tratamientos sean más admisibles, es que las parejas sean informadas acerca de la manera de proceder, qué tasa de éxito esperar, y el tiempo estimado de duración. Las inquietudes que generalmente surgen entre los pacientes que acuden en búsqueda de tratamientos están relacionadas a la duración de los mismos, momento en el cual recurrir a una segunda opción e incluso cuando pensar en la idea de la adopción. Algo importante a comunicar previo al inicio de los procedimientos, es que si luego de tres años de intentar concebir de manera natural, o de dos años de someterse a tratamientos de reproducción asistida no se ha conseguido el embarazo, la viabilidad del mismo se reduce (Rebar, 2024).

En el presente trabajo, nos enfocaremos en desarrollar los Tratamientos de Reproducción Humana Asistida y el acceso a los mismos en Uruguay.

4.3 - Técnicas de Reproducción Humana Asistida

Las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) se definen como:

El conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Quedan incluidas dentro de las técnicas de reproducción humana asistida la inducción de la ovulación, la inseminación artificial, la microinyección espermática (ICSI), el diagnóstico genético preimplantacional, la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de gametos y embriones, la donación de gametos y embriones y la gestación subrogada en la situación excepcional prevista en el artículo 25 de la presente ley (Uruguay, 2013).

La ley N° 19.167 intenta facilitar el acceso para ampliar el campo reproductivo y que las personas puedan conocer las distintas maneras en que se produce la reproducción. Dicha ley aplica al sistema de salud público y privado y está destinada a parejas con diagnóstico de infertilidad, mujeres solteras y en relación homosexual.

Esta ley considera a la infertilidad como una patología y por tanto es deber del Estado e instituciones que pertenezcan al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), respaldar la asistencia en cuanto a análisis y tratamientos necesarios y promover el cuidado de la fertilidad (Pereyra y Saravia, 2023).

4.3.1 - Tratamientos de baja complejidad

Los tratamientos de reproducción humana asistida de baja complejidad son aquellas

técnicas en que la fecundación se produce dentro del sistema reproductivo de la persona apta para gestar. Estos tratamientos están bajo el respaldo económico del SNIS a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) (Pastorino, 2023; Pereyra y Saravia, 2023), siempre y cuando las mujeres sean menores de 40 años (Pereyra y Saravia, 2023).

La fecundación se puede producir realizando inducción para provocar el desencadenamiento de la ovulación, estimulación de los ovarios, relaciones sexuales pautadas, inseminación artificial (IA) con espermatozoides de la pareja o de donante, etc.

Se sugiere que se realicen estudios ecográficos a lo largo del ciclo para obtener detalles del desarrollo de los folículos ováricos y estudios hormonales desde el décimo día del ciclo de la hormona luteinizante (LH). A partir de estas conclusiones, se planean las relaciones sexuales de modo que las mismas coincidan con el pico de LH, es decir la ovulación. También puede suceder que se suministre la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) para ampliar la cantidad de ovocitos maduros circulantes.

La inseminación artificial entre una persona con capacidad de gestar y su pareja, requiere de acciones previas para valorar la fertilidad como estudios hormonales, análisis cualitativo del espermatozoides y del estado de las trompas de falopio sin descartar la posibilidad de realizar una estimulación ovárica. Tras evaluar todos estos parámetros, se obtiene la muestra espermática, seleccionando los espermatozoides en mejores condiciones. Por otro lado, cuando la inseminación artificial ocurre entre una persona con capacidad de gestar y un donante, los espermatozoides ya habrán pasado por un proceso de análisis. Luego de esto, se produce la inseminación donde mediante un catéter se coloca el semen en la cavidad uterina, teniendo en cuenta la importancia de vigilar el proceso (Pereyra y Saravia, 2023).

4.3.2 - Tratamientos de alta complejidad

Los tratamientos de reproducción humana asistida de alta complejidad comprenden a aquellos en que la fecundación se produce fuera del sistema reproductivo femenino con el fin de transferir los embriones obtenidos al mismo. Estas técnicas son financiadas parcialmente o de manera completa (con un límite de 3 intentos) por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) bajo las condiciones establecidas por ley. Dentro de los tratamientos de alta complejidad se encuentra la fecundación in vitro (FIV), la inyección intracitoplasmática de espermatozoide, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de gametos femeninos y embriones, y útero subrogado.

La Fecundación in Vitro (FIV) es la más elegida por la población que poseen dificultades relacionadas con la alteración del funcionamiento y estructura de las trompas de falopio,

modificación de los espermatozoides o cuando el embrión fertilizado no se implanta correctamente en la cavidad uterina en reiteradas oportunidades. Este procedimiento tiene la ventaja de analizar el estado genético del embrión antes de realizar la transferencia al útero. La FIV tiene en común con otros procedimientos las etapas iniciales hasta la estimulación de los ovarios, luego la paciente es sometida a una aspiración folicular transvaginal (procedimiento quirúrgico bajo anestesia) que consta de la extracción de los gametos femeninos de los folículos. Tras obtener los gametos, se realizará la fecundación en condiciones controladas en una placa de cultivo. Los embriones elegidos para colocar en la cavidad uterina van a ser aquellos que demuestren un mejor desarrollo. Para valorar que el procedimiento haya dado resultado, se realizará en las próximas semanas una prueba de embarazo.

La Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI) consta de utilizar una micropipeta para insertar un espermatozoide dentro de un ovocito. Este procedimiento es aplicado principalmente cuando no se hallan numerosos espermatozoides comunes o cuando no son enteramente capaces de fertilizar.

La donación de gametos incluye los óvulos y espermatozoides, donde la persona donante debe firmar un consentimiento informado denotando que ha sido informada del proceso, que la donación será de manera anónima y desinteresada, y que no tiene facultad para exigir algo sobre el recién nacido. La donación es recomendada cuando la calidad de los gametos no es óptima, cuando hay antecedentes obstétricos de fallas en TRHA y en la menopausia precoz. Específicamente la ovodonación se define como aquel procedimiento en que el óvulo es donado por una persona diferente a la que lo va a recibir (la persona que va a gestar). No cualquier persona puede ser donante, sino que debe poseer similitudes físicas con la persona que recibirá ese óvulo. Además, deberá someterse a consultas psicológicas, exámenes ginecológicos y análisis genéticos para afirmar su aptitud para donar. Otro tipo de donación que también tiene como característica ser anónima y caritativa, es la donación de embriones por parte de parejas cuyo tratamiento de FIV fue positivo, y desean ceder los mismos.

Con respecto a la criopreservación de gametos o embriones, esta radica en la reserva de los óvulos, espermatozoides, embriones en un medio adecuado. Este procedimiento se aplica para aquellas personas en tratamiento oncológico que desean proteger su fertilidad, aquellas mujeres que en el momento actual deciden no ser madres pero no descartan la posibilidad a futuro o en algunos casos aumentar la reserva de ovocitos. Es posible continuar con la reserva de los embriones que no se han empleado en la técnica de FIV, hasta dos años si la misma fue positiva, o si la FIV no obtuvo los resultados esperados, se recomienda reiterar la práctica a la brevedad. En cambio, los gametos se preservarán el

tiempo que la persona considere necesario, contemplando la razón por la cual accedieron a la criopreservación.

En cuanto al método ROPA, este es aplicado por parejas femeninas con el fin de que ambas puedan participar de la búsqueda de la gestación. Se realiza mediante la fertilización in vitro y consiste en la obtención de óvulos de la “madre genética” para transferirlos a la “madre gestante” la cual será la encargada de continuar con el embarazo. Una desventaja de este método, es que debe ser financiado por las parejas que acceden a él, ya que no se encuentra incluido en las leyes uruguayas actuales.

Acerca de la gestación subrogada, está aprobada sólo para casos particulares como por ejemplo cuando las mujeres a causa de patologías genéticas o adquiridas (detectadas por los profesionales de salud) que le impidan gestar. Se trata de que al menos un integrante de la pareja sea capaz de entregar su célula reproductora, para que en mutuo acuerdo, un familiar de segundo grado de consanguinidad lleve adelante el embarazo (Pereyra y Saravia, 2023).

4.3.3 - Acceso a los TRHA en Uruguay

La ley N° 19167 que regula los tratamientos de reproducción humana asistida en nuestro país, enfatiza que las personas pueden acceder a los mismos hasta los 60 años, salvo que la gestación represente un riesgo para la vida de la gestante o su hijo/a o que alguno de los miembros de la pareja resultara incapaz de desempeñar la ma-paternidad. No obstante, el Fondo Nacional de Recursos va a financiar (parcial o totalmente) hasta los 40 años de la persona que va a gestar, siempre y cuando hayan realizado la solicitud al FNR previo a esta edad, alcanza con simplemente iniciar los trámites antes de cumplir los 40, para garantizar su posterior uso.

Es necesario que las personas (pertenecientes a ASSE o centros de salud privados) escojan a un profesional idóneo que los acompañará a lo largo de todo el proceso, quien debe formar parte de instituciones avaladas por el FNR. Esté último será el organismo que autorice la modalidad de copagos establecida por la legislación (Pereyra y Saravia, 2023). Las instituciones mencionadas a continuación se encuentran disponibles en Montevideo, “Centro de Esterilidad Montevideo” (CEM), “Centro de Reproducción Humana del Interior” (CERHIN), “Clínica Suizo Americana” (CSA) (Fondo Nacional de Recursos [FNR], s/f).

En cuanto a los tratamientos de baja complejidad, estarán respaldados económicamente por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) bajo la asistencia de los centros de salud que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud. Por otro lado, las técnicas de alta complejidad son realizadas por centros específicos de fertilidad con tecnologías más

avanzadas. Estos tratamientos son financiados por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) a través del sistema de copago, donde los individuos abonan un porcentaje de acuerdo a sus ingresos anuales (Pereyra y Saravia, 2023).

Figura 7: Porcentaje de financiación acorde a los ingresos por mes de la pareja

TABLA 1 - PORCENTAJES PARA FIJACIÓN DE COPAGOS	
SEGÚN INGRESO MENSUAL NOMINAL TOTAL DE LA PAREJA	
PRIMER TRAMO (hasta \$61.770)	0%
SEGUNDO TRAMO (entre \$61.770 - \$123.540)	25%
TERCER TRAMO (entre \$123.540 - \$210.018)	50%
CUARTO TRAMO (entre \$210.018 - \$370.620)	75%
QUINTO TRAMO (más de \$370.620)	85%

Fuente: Fondo Nacional de Recursos, 2024.

En el caso de que uno de los miembros de la pareja interesada, obtenga un ingreso mensual nominal de \$20.000 y el otro reciba \$30.000 por mes también nominal, estamos frente a un caso donde el monto aportado por ellos será de 0%. Esto se debe a que la totalidad del ingreso de la pareja es de \$50.000, perteneciendo al primer tramo (Figura 7) (FNR, 2024). Para formular este ejemplo se recurrió a datos actuales, ya que la tabla de copagos se modifica anualmente. Se debe remarcar que, el copago tiene que ser efectuado en un pago único (no cuotas).

El Fondo Nacional de Recursos va a atender los casos de hasta tres ciclos de estimulación ovárica, disponiendo un límite de tres transferencias embrionarias en cada intento (FNR, s/f).

Al consultar con la Dra Chaquiriand (2023) respecto al acceso a los tratamientos, menciona que luego de la Ley N° 19167 de Reproducción Humana Asistida, hubo un cambio favorable pero aún falta adaptar medidas para que más mujeres puedan acceder. Se destaca que del total de las mujeres que se benefician de los TRHA, la amplia mayoría proviene del subsector privado y que de 1000 mujeres sólo alrededor de seis efectivamente las utilizan (citado por Pereyra y Saravia, 2023, p. 39).

La Ley N° 19167 no prevé las situaciones de parejas de varones homosexuales. Otra problemática encontrada en torno al acceso, es que debido a la localización de los centros especializados en fertilidad (la mayoría se encuentran en Montevideo), muchas de las parejas deben costear su traslado desde el interior hacia la capital, lo que implica también, no tener el apoyo de las personas cercanas. Por otra parte, si bien el sistema de copagos (el cual se regula según los ingresos mensuales) aliviana la carga económica de las

familias, no deja de ser un gasto importante que se agrega a lo habitual que puede desestabilizar la economía (Pastorino, 2023).

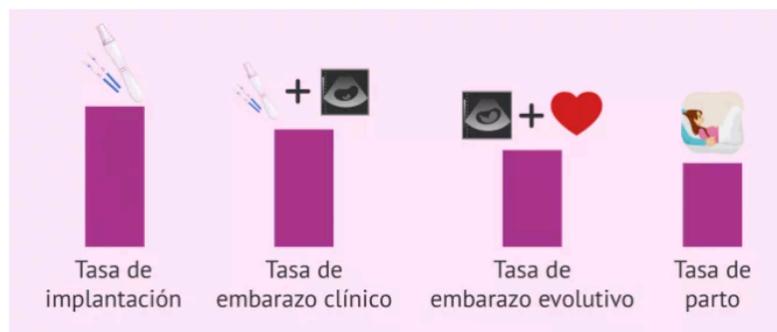
4.3.4 - Tasas de éxito según el tratamiento de reproducción humana asistida

Pin (2024) considera que un Tratamiento de Reproducción Humana Asistida ha sido exitoso si el mismo ha resultado en un recién nacido vivo y saludable.

El acceso a estos datos son de gran ayuda a las parejas que están en búsqueda de un centro de salud, que cumplan con las condiciones que ellos necesitan para conseguir el embarazo.

Para determinar las tasas de éxito hay que tener en cuenta los resultados de las distintas partes del proceso. Esto lleva a que haya muchas maneras de representarlo por ejemplo tasa de implantación, de embarazo clínico, de embarazo evolutivo, de parto y de parto único (Figura 8).

Figura 8: Distintos parámetros para valorar la tasa de éxito de los tratamientos



Fuente: Barranquero et al., 2024.

Respecto a la tasa de implantación, esta se refiere a la proporción de embriones que luego de la transferencia se implantan en la cavidad uterina, no brindando detalles sobre lo que sucede luego de la misma.

Acerca de la tasa de embarazo clínico, contempla el logro de una beta-hCG positiva y la presencia de uno o más sacos gestacionales por ultrasonografía.

La tasa de embarazo evolutivo habla de aquellas gestas que exceden las doce semanas, y se observa a través de ecografía algún feto con actividad cardíaca.

Sobre la tasa de parto, alude a la cantidad de embarazos que alcanzan las 37 semanas, no considerando si es una gestación múltiple o simple.

En cambio, la tasa de parto único se considera como uno de los parámetros más relevantes en el área de reproducción asistida. Esto se debe a que, se han observado mejores

resultados con gestaciones simples que alcanzan las 37 semanas sin comorbilidades asociadas.

Que un tratamiento resulte con éxito, depende de múltiples determinantes, siendo el más fundamental la edad de la mujer. Esto se explica porque la edad va a influir en la reserva de óvulos de la usuaria y se verán alterados la cantidad y la calidad de los gametos que se van a conseguir, lo cual resulta imprescindible para concebir. Otras variables vinculadas a las tasas de éxito son el tipo de procedimientos que se elija para el TRHA (inseminación artificial, fecundación in vitro, inyección intracitoplasmática de espermatozoides, diagnóstico genético preimplantacional, entre otros), la etiología y duración de infertilidad, el origen de los gametos (propios o ajenos) y si va a ser para utilizar inmediatamente o en otro momento (en fresco o congelado).

Los datos que mencionaremos a continuación son los aportados por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) que reúne los resultados alcanzados por las distintas clínicas de fertilidad y realiza un relevamiento total, siendo los últimos registros conseguidos en el año 2021.

Tasa de éxito de la IA: Este procedimiento se conoce como uno de los más sencillos, sin embargo sus tasas de éxito son bajas, motivo por el cual se debe proponer a personas con situaciones de infertilidad leve. Se debe aconsejar someterse a este procedimiento sólo a mujeres que mantengan las trompas de Falopio permeables y tengan una edad menor de 36-37 años.

La tasa de éxito de la inseminación artificial, depende de si el espermatozoides pertenece a la pareja o a un donante. Se ha observado que el semen que proviene de un donante alberga más chances de conseguir un embarazo, ya que previamente fue analizado y almacenado en óptimas condiciones. Los números de parto obtenidos luego de una inseminación artificial se subdividen según la edad de la mujer, obteniendo los siguientes resultados: mujeres < 35 años (Pareja: 11,2%, Donante: 18,8%), mujeres 35-39 años (Pareja: 9,7%, Donante 12,2%) y mujeres ≥ 40 años (Pareja: 3,4%, Donante: 7,0%).

La evidencia demuestra que las expectativas de conseguir un embarazo se incrementan con ciclos repetidos, por tal motivo se considera que la IA posee una “tasa de éxito acumulativa”. No obstante, los profesionales expresan que luego de cuatro series de inseminación artificial ya no existe un aumento en las tasas de éxito, por lo cual se debe considerar el uso de otro procedimiento, como la Fertilización in Vitro.

Tasa de éxito de la FIV: La Fertilización in Vitro es considerada una técnica de gran complejidad que es conveniente para situaciones de infertilidad más severas, principalmente en los casos en que la mujer presenta baja reserva ovárica o si el

componente masculino es grave. Para obtener resultados sobre el éxito de este tratamiento, se evaluará si los gametos son propios o ajenos, y además si la transferencia es de embriones frescos o embriones previamente preparados para la criopreservación.

FIV con óvulos propios en fresco: La tasa de embarazo obtenida mediante transferencia de embriones fue de 43,7% (en menores de 35 años), 35,0% (entre 35 y 39 años) y 21,2% (40 años o más). La tasa de parto alcanzada a través de la técnica de FIV-ICSI o FIV mixta fue de 34,6% (en menores de 35 años), 25,0% (entre 35 y 39 años) y 11,6% (40 años o más).

FIV con ovodonación en fresco: La tasa de parto lograda mediante esta técnica fue de 47,0% (en menores de 35 años), 46,5% (entre 35 y 39 años) y 40,7% (40 años o más).

FIV con ovodonación de embriones criopreservados: La tasa de parto extraída fue de 35,4% (en menores de 35 años), 35,6% (entre 35 y 39 años) y 31,8% (40 años o más).

En general, en la ovodonación la edad de la mujer no tiene implicancia en los resultados favorables del tratamiento ya que el gameto femenino que se va a utilizar es previamente analizado y proviene de una usuaria joven y saludable.

FIV con donación de semen en fresco: La tasa de parto con el uso de esta técnica fue de 27,1%, la cual aumentó a 40,2% con la doble donación.

FIV con donación de embriones congelados: La tasa de parto fue de 29,7%, la cual aumentó levemente a 32,1% con la doble donación.

En términos generales, las tasas de parto de la FIV con el uso de esperma de donante no consideran la edad de la mujer pero sí tienen en cuenta el origen de los óvulos (propios).

Con la finalidad de que la tasa de embarazo gemelar sea más baja, la idea es que se transfiera un único embrión en la etapa de blastocisto, es decir cuando tiene cinco días de desarrollo. Es esperable que los blastocistos dispongan de mayores posibilidades de implantarse que los embriones de día tres.

Las tasas de parto según los días de desarrollo embrionario fueron de 18,7% (embriones de dos días), 22,0% (embriones de tres días), 23,0% (embriones de cuatro días) y 28,7% (embriones de cinco días o más).

Las tasas de parto según los días de desarrollo embrionario en personas que utilizaron la ovodonación fueron de 40,7% (embriones de dos días), 32,7% (embriones de tres días), 50,0% (embriones de cuatro días) y 43,0% (embriones de cinco días o más) (Barranquero et al, 2024).

En Uruguay se obtuvo un informe actualizado del Fondo Nacional de Recursos (2024) acerca de los resultados de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida de Alta

Complejidad. En esta oportunidad, se registraron 6811 transferencias embrionarias desde que comenzó la cobertura por el FNR, de las cuales 33% pertenecen a mujeres menores de 35 años, 44,5% refiere a la franja etaria de 35 a 39 años y 22,5% incumbe a mayores de 39 años.

Respecto a la tasa de parto, se observó que del total de las transferencias embrionarias cubiertas por el FNR, 30% (0,30) finalizan en un parto, con al menos un recién nacido vivo (Figura 9) (Pedrosa et al., 2024).

Figura 9: Tasa de parto/transferencia embrionaria subdivido por edad y las distintas clínicas.

Tabla 9 - Tasa de parto por transferencia embrionaria según rango etario y clínica.

Rango etario		Transferencias	Partos	Tasa P/T
< 35	CSA	364	131	0,36
	CEM	1735	659	0,38
	CERHIN	149	41	0,28
	Total	2248	831	0,37 (0,34 – 0,4)*
35 – 39	CSA	428	104	0,24
	CEM	2387	763	0,32
	CERHIN	214	46	0,21
	Total	3029	913	0,30 (0,28 – 0,32)*
≥40	CSA	182	28	0,15
	CEM	1195	281	0,24
	CERHIN	157	18	0,11
	Total	1534	327	0,21 (0,19-0,24) *
Total global		6811	2071	0,30 (0,29 – 0,32)*

*IC 95 % calculado por fórmula de Poisson

Fuente: Pedrosa et al., 2024.

Esta tasa de parto/transferencia se ve alterada por la edad a medida que la misma crece, siendo de 0,37 para mujeres menores de 35 años, 0,30 para el grupo etario de 35 a 39, y 0,21 para aquellas que superan los 40 años. Asimismo se analizó la tasa parto/transferencia particular de cada clínica sin reparar en las franjas etarias, perteneciendo 0,32 a la CEM, 0,27 a la CSA y 0,20 a CERHIN.

De la totalidad de las transferencias embrionarias, 47,5% (3230) corresponde a embriones en fresco, mientras que el 52,6% (3581) pertenece a embriones previamente congelados. El número de partos asignados a la técnica en fresco es de 902 (0,28) y para las transferencias de embriones criopreservados es de 1169 (0,33).

En cuanto a lo que refiere a la técnica de ovodonación y ovocitos propios, se analiza que de las transferencias embrionarias realizadas, el 85,3% se obtuvieron mediante gametos

propios, por el contrario el 14,7% de gametos ajenos (Pedrosa et al., 2024).

Constatamos con respecto al estudio de España (SEF) analizado anteriormente una diferencia, mientras que éste encontraba con la técnica de ovodonación una mayor tasa de parto, el FNR detectó que en Uruguay sucede lo contrario. La tasa de parto con recién nacidos vivos a través de la donación de gametos femeninos es de 20,2% (480), pero aumenta exponencialmente a 1893 (79,8%) cuando los ovocitos son propios (Barranquero et al., 2024; Pedrosa et al., 2024).

Respecto a los embarazos múltiples, la tasa de partos total correspondió al 14,5% (301 nacimientos). CERHIN observó un porcentaje de parto múltiple de 17,1, por su parte el reporte de CSA fue de 25,8% y de CEM la tasa registrada fue de 10,3%. En los procedimientos que se utilizaron ovocitos propios, se detectó una tasa de parto múltiple mayor a la de la técnica de ovodonación, siendo 11,8% y 15,2% respectivamente (Pedrosa et al., 2024).

Agregando a esto, se halló una similitud con el estudio de España (SEM), donde ambos coinciden en que la gestación simple con recién nacido vivo único es de preferencia ya que las gestaciones múltiples se han asociado a una mayor mortalidad perinatal. Por esta causa, es que se ha optado por reducir la cantidad de embriones transferidos en cada ciclo (Barranquero et al., 2024; Pedrosa et al., 2024).

Uno de los datos importantes mencionados en el estudio es el incremento de las personas que recurren a este tipo de tratamientos (Pedrosa et al., 2024).

4.4 - ¿Uruguay cuenta con herramientas para profesionales de salud?

Chaquiriand (2023) brinda información acerca de la Ley N° 19167 para que sirva de apoyo al equipo de salud. En el mismo se describen las normas vigentes, a quiénes contempla, los análisis a solicitar, la variedad de posibilidades terapéuticas y los caminos para acceder a ellas. Paralelamente se brindan sugerencias sobre probables mejoras a la presente ley.

En relación a la idea anterior, también se encuentra disponible desde el año 2014 una guía para los profesionales de la salud del área reproductiva, llamada “Manual de procedimientos para el manejo sanitario reproducción asistida”. Esta les asesora en cuanto a: cómo realizar el diagnóstico apropiadamente, quiénes aplican a los tratamientos de baja y alta complejidad y cuáles son los pasos a seguir luego de ello (MSP, 2014).

Por otro lado, en el 2024, se aprueba la normativa para las técnicas de alta complejidad, el cual se denomina “Tratamiento de la infertilidad humana y oncofertilidad mediante técnicas de reproducción asistida de alta complejidad”. En dicha normativa, se plantean las opciones terapéuticas y la valoración integral del paciente a lo largo del proceso incluyendo los análisis a solicitar. Se observa que este documento se encuadra en el diagnóstico de infertilidad y no en su prevención, omitiendo recomendaciones acerca de cómo preservar la fertilidad y las diversas formas de familia (FNR 2024; Pereyra y Saravia, 2023).

Desde el año 2019 se conmemora la Semana de la Fertilidad en Uruguay, impulsada por la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana (SURH) (Opción Médica, s/f).

En el presente año se llevó a cabo la 6ta edición en el periodo del 03 al 07 de junio basada en cuatro fundamentos en salud reproductiva: “información, compromiso, conciencia y equidad”. El primer día se centró en la relevancia de contar con evidencia científica actualizada sobre salud reproductiva y las modificaciones que ha sufrido la Ley de Reproducción Asistida desde que se implementó. También se realizó una visita virtual al laboratorio de andrología, haciendo hincapié en el diagnóstico, técnicas de baja complejidad y el banco de gametos y embriones. El segundo día comenzó educando acerca de aquellos factores que pueden afectar la fertilidad, tales como infecciones en el aparato genital y malformaciones uterinas. Siguiendo con asesorías sobre el momento ideal para considerar alternativas que mejoren la función de los ovarios (medicina regenerativa) y lo fundamental que es el papel del psicólogo en el acompañamiento de pacientes con infertilidad. Al final de la jornada, se dio a conocer la labor de la Fundación Dar a Luz. El 05 de junio se abordaron temas relacionados con la preservación de la fertilidad, Tratamientos de Reproducción Asistida en contextos particulares como oncofertilidad y personas trans género y la donación de gametos y embriones. El día siguiente fue dirigido en la prevención, hablando del efecto que tienen los alimentos en la salud y de la importancia de reconocer factores de riesgo modificables. La charla cerró con indicaciones sobre las precauciones a tomar luego de un embarazo mediante técnicas de reproducción asistida. El último día primó el tema de Fecundación in Vitro, orientando en el procedimiento y en conocer el laboratorio en que se realiza dicha técnica. Asimismo, el Lic. José Luis Satdjian participó de la charla y notificó la incorporación del estudio genético preimplantacional a los análisis cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos, destinado a aproximadamente 100 parejas al año. En todas las instancias formaron parte varios profesionales idóneos en los distintos temas, brindando un espacio de consultas al final de cada reunión (Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana [SURH, 2024]).

Conclusiones

Hemos observado que la mujer a lo largo de la historia ha cambiado sus aspiraciones, y generalmente la maternidad ya no está dentro de sus prioridades. De tal manera se ha transformado la maternidad, que ya no se observan con tanta frecuencia familias numerosas sino que las familias suelen ser minoritarias y la mujer toma otro rol en ellas. Destacando su importancia en el mercado laboral y en el desarrollo profesional, personal o individual.

Respecto al concepto de infertilidad y/o esterilidad, consideramos que sería apropiado por parte de las autoridades sanitarias diferenciar con argumentos claros estas definiciones, para que las personas puedan comprender de qué se trata esta patología.

Por otra parte, luego de analizar las diversas bibliografías consultadas, hemos llegado a la conclusión de que el cuerpo femenino y su implicancia en la etiología de la infertilidad es mucho más estudiado que el factor masculino. Esta idea se ve claramente reforzada en que el único estudio específico para varones que se solicita es el espermograma, mientras que la mujer se somete a múltiples pruebas, asumiendo que la causa viene desde esta parte de la pareja y no considerando que puede ser ocasionado por el varón e incluso por ambos o por ningún miembro de la pareja en específico.

En cuanto al impacto emocional de la infertilidad, percibimos lo difícil que puede ser para muchas parejas la decisión de postergar la maternidad ya que cuando deciden que es el momento y comienzan a intentarlo, se dan cuenta que ya no es una meta tan fácil de alcanzar.

Pensamos que, si la infertilidad genera tal impacto en las personas, y también a su entorno, sería conveniente que dentro de los equipos que asisten pacientes con infertilidad esté integrado por normativa el profesional de psicología. No sólo porque genera una mejor adaptación al diagnóstico, sino porque también está demostrado que el profesional puede ser una red de apoyo y brindar herramientas para transitar este camino de la mejor forma.

Percibimos también una falta de apoyo a las familias, parejas, mujeres y personas que deciden seguir el camino de los Tratamientos de Reproducción Humana Asistida. Si bien se promueve que todas las personas puedan acceder y gozar de una salud sexual y salud reproductiva óptima porque es considerado un derecho universal, el acceso a los tratamientos termina siendo en muchas ocasiones para quienes tienen los medios económicos de financiarlos. Además, de que los centros especializados en fertilidad, están localizados en Montevideo, que es un gasto mayor que algunas familias deben enfrentar. Por lo que consideramos oportuno en un futuro, que se mejore la accesibilidad a los

tratamientos, descentralizando los centros de salud, modificando los regímenes de copago, admitiendo cuotas en el copago, (entre otras cosas) para que más familias puedan beneficiarse de ellos.

En cuanto a las tasas de éxito analizadas en esta monografía, nos asombra la diferencia que hay entre las transferencias embrionarias y lo que es el porcentaje final de partos. Esto nos hace pensar, en qué aspectos se podrían mejorar actualmente para obtener mejores cifras en un futuro.

Es evidente que la infertilidad es una situación que va en aumento, y por tanto creemos conveniente la promoción de la misma. Sería ideal que se generen espacios de información y educación sobre la prevención de la fertilidad y no sólo que se trate la patología una vez ya establecida, como sucede muchas veces en la actualidad. Siguiendo la línea de pensamiento anterior, hemos visto que la partera es uno de los profesionales capacitados para el acompañamiento de las personas que buscan asesoramiento en Salud Sexual y Salud Reproductiva. En lo que incumbe al personal de salud, sería oportuno habilitar instancias para obtener herramientas que les permitan comunicar malas noticias de una manera adecuada.

Es nuestro deseo que este trabajo sea un insumo y motive nuevos protocolos de investigación acerca de la temática, a modo de generar evidencia científica actualizada.

Bibliografía

- Abarca, M., Arteaga, C., Madrid, G., Pozo, M. (2021). Identidad, maternidad y trabajo. Un estudio entre clases sociales en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 34(48). http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382021000100155
- Aguilera, M., Constantini, M., Kimelman, D., Lasserre, S., Oliveri, S., Ordás, M., Ramonde, A., Sapiro, R. (2022). *Impacto de los tratamientos oncológicos en la fertilidad masculina. En pacientes que criopreservaron muestras de semen en el Banco Reprovita* [Ciclo de Metodología Científica II, Facultad de Medicina]. Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/39193/1/MCIIIG862022.pdf>
- Almirallmed. (2022, enero 12). Cómo comunicar malas noticias. <https://atencionprimaria.almirallmed.es/blog/como-comunicar-malas-noticias/>
- American Pregnancy Association. (s.f). Adopción. <https://americanpregnancy.org/es/getting-pregnant/adoption/>
- Arroyo, L., Castañeda, L. (2021). Padeciendo los cuerpos: significados de las paternidades, maternidades y la familia en mujeres y hombres infértiles. *La ventana. Revista de estudios de género*, 06(53). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-9436202100010039&lang=es
- Arroyo, MC., Garay, S., Montes de Oca, V. (2020). Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 13(26), 70-88. <https://www.redalyc.org/journal/3238/323861646004/323861646004.pdf>
- Asociación Española. (2017, julio 24). Fecundidad y Esterilidad. <https://www.asesp.com.uy/Servicios/Fecundidad-y-Esterilidad-uc272>
- Avantia Instituto de Fertilidad. (2024, octubre 03). Las 4 fases del duelo por infertilidad: un camino emocional difícil de recorrer. <https://www.avantiafertilidad.com/blog/las-4-fases-del-duelo-por-infertilidad-un-camino-emocional-difcil-de-recorrer%EF%BF%BC/>
- Azaña, S., Quea, G., Salgado, S. (2022). ¿Cómo se puede favorecer quedar embarazada de forma natural?. <https://www.reproduccionasistida.org/embarazo-natural/#:~:text=Para%20que%20un a%20mujer%20se%20quede%20embarazada%20de,trompas%20de%20Falopio%20C%20donde%20debe%20producirse%20la%20fecundaci%C3%B3n>

- Barranquero, M., Barrenetxea, G., Francos, A., Salgado, S. (2023). ¿Cuáles son las principales causas de esterilidad e infertilidad?. <https://www.reproduccionasistida.org/causas-de-la-esterilidad/>
- Barranquero, M., De la Fuente, L., Forgiarini, A., Gómez, R., Salvador, Z. (2023). Esterilidad de origen desconocido (EOD): diagnóstico y tratamientos. <https://www.reproduccionasistida.org/esterilidad-de-origen-desconocido-eod/>
- Barranquero, M., Barrenetxea, G., Espinoza, R., Flores, C., García, A., Salvador, Z. (2024, noviembre 14). Tasas de éxito de los tratamientos de reproducción asistida. <https://www.reproduccionasistida.org/exito-en-la-reproduccion-asistida/>
- Breña, Y., Lago, Y., Ordaz, S., Pérez, A., Rosales, G., Valle, T. (2020). Infertilidad e hipotiroidismo subclínico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 24(4), 549-559. <https://www.redalyc.org/journal/2111/211166535008/211166535008.pdf>
- Brooks, G., Grave, R., Ramirez, A. (2021). Caracterización clínico-epidemiológica de la mujer infértil. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000300011
- Cabrera, C., Cubas, I., Hernández, E., León, E., Rodríguez, J. (2015). Mecanismos inmunológicos e infertilidad femenina. *Revista Cubana de Endocrinología*, 26(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200009
- Cala, A., Fajardo, D., Ramirez, A., Scott, R. (2019). Factores causales de infertilidad. *Revista Información Científica*, 98(2), 283-293. <https://www.redalyc.org/journal/5517/551760346015/html/>
- Castillo, E. (2009). *Manual de Ginecología y Obstetricia para pregrados y médicos generales*. Oficina del Libro, Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina de la UDELAR.
- Chaquiriand, V. (2021). Trombofilias, esterilidad, infertilidad y tratamiento de reproducción asistida. *Revista Uruguay de Medicina Interna*, 06(2). http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972021000200061&lang=es
- Chaquiriand, V. (2023). Ley de reproducción humana en Uruguay. Consideraciones para el ginecólogo general. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 61(3), 141-204. <https://ago.uy/publicacion/1/numeros/21/articulo/ley-de-reproduccion-humana-en-uruguay-consideraciones-para-el-ginecologo-general>
- Cooperativa Médica de Cerro Largo. El rol de la Obstetra-Partera.

<https://www.camcel.com.uy/12.php>

Díaz, E. (2019). ¿Es necesario que el médico sepa comunicar malas noticias?. *Revista Información Científica*, 98(4), 436-438.

<https://www.redalyc.org/journal/5517/551762980001/>

El País. (2021, mayo 04). Infertilidad: Red de apoyo, contención y asesoramiento para pacientes. <https://www.elpais.com.uy/eme/lifestyle/infertilidad-red-de-apoyo-contencion-y-asesoramiento-para-pacientes>

Flórez, N., Paillier, J., Sfeir, M. (2021). Informe de caso: enfermedad pélvica inflamatoria como complicación de la apendicitis aguda. *Revista Médica Iatreia*, 34(2), 156-160.

<https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.84>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2023, enero 06). ¿Por qué tener una consulta preconcepcional?

<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/por-que-tener-una-consulta-preconcepcional>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2023, mayo 04). Etapas de desarrollo del embrión y el feto semana a semana.

<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/etapas-de-desarrollo-del-embrión-y-el-feto-semana-a-semana>

Fondo Nacional de Recursos. (s.f) Consultas sobre Reproducción Asistida.

https://www.fnr.gub.uy/noticia_slide/consultas-sobre-reproduccion-asistida/

Fondo Nacional de Recursos. (2024). Tabla de copagos - Reproducción Humana Asistida.

<https://www.fnr.gub.uy/tabla-de-copagos-reproduccion-humana-asistida/>

Fondo Nacional de Recursos. (2024). Tratamiento de la infertilidad humana y oncofertilidad mediante técnicas de reproducción asistida de alta complejidad.

https://www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2015/04/n_reproduccion_alta.pdf

Ginemed. (2024). El apoyo emocional de familiares y especialistas, un factor clave al recibir un diagnóstico de infertilidad.

<https://www.ginemed.es/noticias/apoyo-emocional-clave-al-recibir-un-diagnostico-de-infertilidad/>

Gereda, L. (2023). *Construcción social de la maternidad: desmitificando la ecuación mujer=madre como destino ineludible. Articulaciones teóricas desde la Psicología* [Trabajo final de grado, Facultad de Psicología]. Colibrí.

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/37188/1/trabajo_final

[de grado - luciana gereda sosa - 51882952 - final 1.pdf](#)

González, L. (2016). "Sosteniendo al que cuida". *Impacto emocional en la Obstetra-Partera en relación a la comunicación de malas noticias* [Trabajo final de grado, Facultad de Medicina].

Ivi. (2016, junio 17). Consejos para afrontar un diagnóstico de infertilidad como pareja. <https://ivi.com.pa/blog/consejos-para-afrontar-un-diagnostico-de-infertilidad-como-para-ija/>

La Maternidad a lo largo del siglo. (2020, junio 25). *La Nación*. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-maternidad-a-lo-largo-del-siglo-nid157583/>

Malasmadres. (2021, julio 21). La infertilidad, cómo acompañar y romper tabúes. *El blog de Malasmadres*. <https://clubdemalasmadres.com/infertilidad-sin-tabues/>

Martínez, M., Martínez T. (2024). Infertilidad y duelo perinatal. *Revista de investigación mujer, salud, sociedad*, 09(1), 04-26. <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/43997/41798>

Masoli, D. (2010). Diagnóstico de la infertilidad: estudio de la pareja infértil. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 363-367. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-infertilidad-estudio-pareja-infertil-S0716864010705460>

Mayo Clinic. (2021). Quedar embarazada. <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/getting-pregnant/in-depth/how-to-get-pregnant/art-20047611>

Mayo Clinic. (2023, diciembre 30). Esterilidad. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/infertility/diagnosis-treatment/drc-20354322>

Mendieta, M. (2022). *Maternidades y cuidados: Efectos de los mandatos sociales de género desde una mirada feminista* [Trabajo final de grado, Facultad de Psicología]. Colibrí. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/33100/1/tfg_version_final_mariajose.pdf

Merino, M., Pérez, J. (2022, junio 27). Definición de Red de apoyo. <https://definicion.de/red-de-apoyo/>

Ministerio de Salud Pública. (2014). Manual de procedimientos para el manejo sanitario reproducción asistida. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/docum>

[entos/publicaciones/Manual%20Procedimientos%20Reproduccion%20Humana%20Asistida%20%202014.pdf](https://www.msp.gov.uy/publicaciones/Manual%20Procedimientos%20Reproduccion%20Humana%20Asistida%20%202014.pdf)

Ministerio de Salud Pública. (2022, julio 22). El cáncer y la fertilidad. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/cancer-fertilidad>

Opción Médica. (s.f). Semana de la Fertilidad en Uruguay. <https://www.opcionmedica.com.uy/semana-de-la-fertilidad-en-uruguay/>

Organización Mundial de la Salud. (s.f). Infertilidad. https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1

Pastorino, P. (2023). *Aspectos psicológicos en las Técnicas de Reproducción Humana Asistida Revisión bibliográfica* [Tesis final de grado, Instituto de Psicología de la Salud]. Colibrí.

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/41300/1/tfg_patricia_pastorino_version_final.pdf

Pedrosa, D., Perna, A., Piñeiro, N. (2024). Técnicas de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad. Reporte de resultados. https://www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2023/07/informe_resultados_rhaac.pdf

Pereyra, J., Saravia, A. (2023). *Cómo se involucran las Obstetras Parteras en el proceso de reproducción asistida* [Trabajo final de grado, Facultad de Medicina]. Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/43823/1/TFGEP%20PereyraJ%20y%20SaraviaA.pdf>

Perez, M. (2022). Cómo afrontar la infertilidad en pareja: consejos para llevarlo bien. <https://www.concibe.es/actualidad/psicologia/afrontar-la-infertilidad-en-pareja.html>

Pin, S. (2024, junio 27). Superando barreras: la fundación Dar a Luz y 10 años de reproducción asistida en Uruguay. <https://www.xn--lamaana-7za.uy/actualidad/superando-barreras-la-fundacion-dar-a-luz-y-10-anos-de-reproduccion-asistida-en-uruguay/>

Rebar, R. (2024). Introducción a la infertilidad. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/infertilidad-y-aborto-espont%C3%A1neo-recurrente/introducci%C3%B3n-a-la-infertilidad>

Riso, C., Rosa, L., Ruiz, G., Salazar, O., Sánchez, V., Silva, M. (2019). *Análisis de la calidad espermática de donantes en los últimos treinta años en Uruguay* [Ciclo de Metodología Científica II, Facultad de Medicina]. Colibrí. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/33612/1/MCII_2019_G34.pdf

Rojas, P., Medina, D., Torres, L. (2011). Infertilidad. *Revista electrónica MediSur*, 09(4), 66-77. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180022368012>

Rujas, S. (2022). Infertilidad: el doloroso camino hacia la maternidad anhelada. *Metas de Enfermería*, 25(9), 03-06.

<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/82004/infertilidad-el-doloroso-c-amino-hacia-la-maternidad-anhelada/>

Ruso, L. (2022). “No maternidad”. *La maternidad desde la obligatoriedad a la elección* [Trabajo final de grado, Facultad de Psicología]. Colibrí. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/34811/1/tesis_-no_maternidad-_liudmila_ruso.pdf

Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana. (2024). Semana de la Fertilidad 2024. <https://surh.org.uy/semana-fertilidad.php?a=2024>

Universidad de la República. (1997). Plan de estudios.

<http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/1.%20PLAN%20DE%20ESTUDIOS%201996%20vigente.pdf>

Universidad Europea. (2022, septiembre 09). ¿Cómo comunicar malas noticias? <https://universidadeuropea.com/blog/como-comunicar-malas-noticias/>

Uruguay (2013, noviembre 29). Ley nº 19167: Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>