

INFERTILIDAD Y DUELO PERINATAL

Infertilitat i dol perinatal

Infertility and Perinatal Grief

Teresa M.^a Martínez-Mollá¹, M.^a Esperanza Martínez-Ruiz²

Autora correspondencia: Teresa M.^a Martínez-Mollá

Correo electrónico: teremarti2@hotmail.com

1. Matrona. Antropóloga. Doctora por la Universidad de Alicante. Centro de Salud Santa Faz-Ayuntamiento. Alicante (*Alicante, España*)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5078-3348>

2. Matrona. Hospital General Universitario de Elche. (*Elche, España*)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7446-8966>

Recibido: 04/10/2023

Aceptado: 07/03/2024

Publicado: 31/05/2024



RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La demora de edad en el deseo concepcional ha supuesto un aumento en la dificultad de reproducción que se está viendo compensada por el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida, aunque los sentimientos que acompañan su uso son los mismos que en el duelo perinatal pero no siempre son reconocidos. **OBJETIVO.** Explorar los sentimientos de duelo de las mujeres y sus parejas en el proceso de esterilidad, desde que acceden a la primera consulta de esterilidad en los Hospitales de San Juan y de Alcoy hasta la derivación a las técnicas de fecundación *in vitro*. **METODOLOGÍA.** Investigación cualitativa desde su vertiente fenomenológica. Recogida de datos mediante entrevistas en profundidad individuales. La información fue grabada, transcrita, codificada, triangulada e interpretada. Análisis mediante la herramienta validada Atlas-ti 8. **RESULTADOS.** Se identificaron tres categorías: sentimientos de la esfera psicológica, social y espiritual, que se agrupan en doce subcategorías: ansiedad, frustración, tristeza, miedo, ambivalencia emocional, justificación, soledad, banalización, búsqueda de significado, culpa y aceptación. **CONCLUSIÓN.** Las parejas incluidas en programas de reproducción asistida manifestaron sentimientos de duelo que coinciden con el duelo perinatal (ansiedad, miedo, frustración, ambivalencia, aislamiento social, banalización, búsqueda de significado, culpa y aceptación). Siguen existiendo diferencias de género. El apoyo de familiares, amigos y profesionales es imprescindible. Se pone de manifiesto la necesidad de mejorar la calidad de la atención con una continuidad de los profesionales, con la formación de estos para dar una atención integral, y con la existencia de protocolos.

Palabras clave: infertilidad, reproducción asistida, sentimientos, duelo perinatal, estudio cualitativo, fenomenología.

RESUM

INTRODUCCIÓ. El retard d'edat en el desig concepcional ha suposat un augment en la dificultat de reproducció que s'està veient compensada pel desenvolupament de les tècniques de reproducció assistida, tot i que els sentiments que acompanyen el seu ús són els mateixos que en el dol perinatal, no sempre són reconeguts. **OBJECTIU.** Explorar els sentiments de dol de les dones i les seves parelles en el procés d'esterilitat, des que accedeixen a la primera consulta d'esterilitat als Hospitals de Sant Joan i d'Alcoi, fins a la derivació a les tècniques de fecundació *in vitro*. **METODOLOGIA.** Recerca qualitativa des del seu vessant fenomenològic. Recollida de dades mitjançant entrevistes en profunditat individuals. La informació va ser gravada, transcrita, codificada, triangulada i interpretada. Anàlisi mitjançant l'eina validada Atles-ti 8. **RESULTATS.** Es van identificar tres categories: sentiments de l'esfera psicològica, social i espiritual; aquestes s'han agrupat en dotze subcategories: ansietat, frustració, tristesa, por, ambivalència emocional, justificació, solitud, banalització, cerca de significat, culpa i acceptació. **CONCLUSIÓ.** Les parelles incloses en programes de reproducció assistida, van manifestar sentiments de dol que coincideixen amb el dol perinatal (ansietat, por, frustració, ambivalència, aïllament social, banalització, cerca de significat, culpa i acceptació). Continuen existint diferències de gènere. El suport de familiars, amics i professionals és imprescindible. Es posa de manifest la necessitat de millorar la qualitat de l'atenció amb una continuïtat dels professionals formats per tal que puguin donar una atenció integral, i amb l'existència de protocols.

Paraules clau: infertilitat, reproducció assistida, sentiments, dol perinatal, estudi qualitatiu, fenomenologia.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The age increases in the will to conceive have led to an increase in the difficulty of reproduction that is being compensated by the development of assisted reproduction techniques; however, the feelings accompanying their use are the same as in perinatal grief while not always recognized. **OBJECTIVE.** To explore the feelings of grief of women and their partners in the sterility process, from the moment they access the first sterility consultation at the Hospitals of San Juan and Alcoy until the referral to *in vitro* fertilization techniques. **METHODOLOGY.** Qualitative research from the phenomenological perspective. Data collection through individual in-depth interviews. The information was recorded, transcribed, coded, triangulated, and interpreted. Analysis using the validated Atlas-ti 8 tool. **RESULTS.** Three categories were identified: psychological, social and spiritual feelings. Those are, in turn, grouped into twelve subcategories: anxiety, frustration, sadness, fear, emotional ambivalence, justification, loneliness, trivialization, search for meaning, guilt and acceptance. **CONCLUSION.** Couples included in assisted reproduction programs expressed feelings of grief that match perinatal grief (anxiety, fear, frustration, ambivalence, social isolation, trivialization, search for meaning, guilt and acceptance). Gender differences continue to exist. The support of family, friends, and professionals is essential. The need to improve the quality of care is evident: with a continuity of professionals, with their training to provide comprehensive care and with the existence of protocols.

Keywords: Infertility, Assisted Reproduction, Feelings, Perinatal Grief, Qualitative Study, Phenomenology.

INTRODUCCIÓN

Desde la Antigüedad, se ha intentado comprender y controlar la facultad de dar vida, así como la infertilidad, que se temía, rechazaba y consideraba una maldición (Villalpando Collazo, 2007; Montero Cartelle, 2023).

La infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo masculino o femenino consistente en la imposibilidad de conseguir un embarazo después de doce meses o más de relaciones sexuales habituales sin protección, siendo la infertilidad primaria la incapacidad de lograr un embarazo, mientras que la infertilidad secundaria se refiere a no poder conseguir un embarazo después de una concepción previa (OMS, 2023). Afecta al 17.5 % de la población en edad reproductiva, lo que implica un «grave problema de salud pública global» (EUROSTAT, 2023).

Se desconoce la edad a la que se pierde la fertilidad, pero a partir de los 35 años las probabilidades de concebir de manera natural van disminuyendo (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2022). A pesar de eso, sobre todo en los países desarrollados se está incrementando la edad media de la maternidad. En Europa está en 31,10 años (EUROSTAT, 2023) y en España en 32,6 años para el primer hijo (Instituto Nacional de Estadística, 2022) y los nacimientos entre madres con más de 40 años ha ascendido en un 38,0% en 10 años (INE, 2021). La demora en la búsqueda de embarazo se debe fundamentalmente a la precariedad laboral y afectiva y a las dificultades para el acceso a la vivienda (Del Rey et al., 2022).

La infertilidad y los largos y dolorosos procesos de las técnicas de reproducción asistida (TRA) (Cabrera Cabrera et al., 2021) pueden alterar la esfera afectiva y relacional con manifestaciones emocionales, conductuales, en las relaciones de pareja. (OMS, 2023). También modifican los sentimientos, que entendemos como el hecho o efecto de sentir o sentirse y como un estado afectivo del ánimo (RAE, 2023).

Descubrir la infertilidad es un duro proceso que se inicia con la búsqueda natural del embarazo, continúa con la sospecha de la infertilidad y finaliza con la búsqueda y recepción del diagnóstico que se acompaña de la vivencia de un duelo, y que se extiende durante todo el proceso de uso de las TRA (Rujas Bracamonte et al., 2021).

El duelo según la NANDA (2019) es un proceso complejo normal mediante las cuales las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida, que puede ser la de un ser querido, una ruptura sentimental, un

empleo, un rol... y se manifiesta con sentimientos de ansiedad, tristeza, enfado, culpa, aislamiento social (American Psychological Association, 2013).

En la infertilidad el duelo se da por la pérdida del proyecto de vida normalizado y demandado por la sociedad (Calero y Santana, 2006) y por la pérdida de la capacidad reproductiva natural que se puede vivir como un fracaso personal (Merck España, 2022). En el uso de las TRA el duelo se produce al enfrentarse a repetidas pérdidas cuando fallan los intentos de fertilización o cuando se deben enfrentar a la decisión de reducir alguno de los embriones (López Fuentetaja y Iriondo Villaverde, 2018). El duelo por la infertilidad es difícil de reconocer, no existen rituales para afrontarlo (Paramo Castillo et al., 2007), no tiene cabida en la mayoría de las religiones (López Fuentetaja y Iriondo Villaverde, 2018) y está muy desautorizado, especialmente en familias con infertilidad secundaria (Gómez-Ulla y Contreras, 2022).

La intención de este trabajo es dar voz a mujeres y hombres que, tras el diagnóstico de infertilidad, buscan un embarazo mediante TRA, porque creemos que el duelo sentido por la infertilidad también debe ser considerado duelo perinatal (DP), ya que este no se circunscribe solo al duelo por la muerte del bebé intraútero o tras el nacimiento (Gómez-Ulla y Contreras, 2022), sino que debe incluir también el duelo por no poder concebir, por la pérdida de algún embrión, por el diagnóstico de enfermedad o anomalía congénita, por pérdida de custodia, por adopción... porque al igual que en el DP se produce la pérdida del hijo proyectado, de la plenitud de la pareja, de la composición familiar imaginada, de un sueño, de la posibilidad de trascendencia (López Fuentetaja y Iriondo Villaverde, 2018).

Por todo ello, consideramos que las parejas con diagnóstico de infertilidad y sometidas a TRA para el logro de la gestación manifestarán unos sentimientos de duelo que no siempre son reconocidos.

El objetivo general del estudio es explorar, desde una perspectiva fenomenológica, los sentimientos de duelo de las mujeres y sus parejas en un proceso de TRA, desde que accedieron a la primera consulta de infertilidad en los Hospitales de San Juan y de Alcoy en la provincia de Alicante hasta la derivación a las técnicas de fecundación *in vitro*.

METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo a través de una investigación cualitativa y fenomenológica, buscando, mediante la interacción con las/los participantes y con los datos, respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea, cómo se da significado a las vivencias (Siles González, 2016) y cómo las personas dan sentido a sus propias acciones (Matua Gerald, 2015). Se consideró fundamental partir de las experiencias de la mujer y su pareja para comprender sus sentimientos y así poder acompañar su proceso de forma holística e integral (Rubio Acuña y Arias Burgos, 2013).

El estudio se llevó a cabo en los Departamentos de Salud 15 y 17 de la provincia de Alicante, con parejas usuarias de las consultas de infertilidad de los hospitales Virgen de los Lirios de Alcoy y San Juan de Alicante, que fueron seleccionados mediante captación oportunista a través de las ginecólogas, residentes de ginecología y enfermeras que atendían la consulta de infertilidad. Las entrevistas se realizaron entre los meses de febrero y diciembre del 2020.

Los criterios de inclusión fueron: parejas heterosexuales que acudieron a consulta de infertilidad, que fueran mayores de 18 años y que hablaran y entendieran castellano, en las fechas establecidas para muestreo en la calendarización del estudio, tras un año mínimo de búsqueda de embarazo, sin gestaciones previas, en los Hospitales de Alcoy y San Juan. Los criterios de exclusión fueron: parejas que no aceptaron voluntariamente formar parte del proyecto, parejas no heterosexuales, parejas que hubiesen tenido una gestación anterior y familias monoparentales.

El tamaño muestral vino determinado por la necesidad de información y la obtención de datos significativamente diferentes o saturación de los datos (Strauss y Corbin, 2002). La muestra fue formada por 11 parejas y 1 mujer, debido a que por problemas de disponibilidad laboral no se pudo realizar la entrevista a su pareja (Tabla 1). 2 parejas declinaron participar en el estudio.

Este estudio recibió la evaluación favorable de los comités de ética de los hospitales de Elda (PI 2020/3) y San Juan (PI 20/013). Se recibió el consentimiento informado de cada participante, se garantizó la confidencialidad de datos y se usaron seudónimos en las transcripciones.

La recogida de datos se realizó mediante entrevistas individuales en profundidad de tipo semiestructurado (Tabla 2), con la intención de conseguir una narración abierta y

personal para conocer los sentimientos experimentados durante su búsqueda conceptual. Previamente se procedió a la lectura de la hoja de información al paciente y firma del consentimiento informado.

Tabla 1. Perfil de las mujeres y hombres entrevistadas

Código (entrevista)	Nacionalidad	Edad	Ocupación laboral	Tiempo de búsqueda conceptual
P1M	Española	33 años	Dependiente	5 años
P2M	Española	37 años	Dependiente	4 años
P3M	Española	33 años	Fábrica textil	3 años
P4M	Española	38 años	Educadora Soc.	4 años
P5M	Española	37 años	Administrativa	3 años
P6M	Española	37 años	Paro	4 años
P7M	Española	33 años	Fábrica textil	6 años
P8M	Española	28 años	DUE	3 años
P9M	Española	31 años	Crupier en ERTE	6 años
P10M	Española	30 años	Dependiente	1 año y 6 meses
P11M	Española	29 años	TCAE	2 años
P12M	Española	34 años	TCAE	2 años
<i>P1H</i>	Española	38 años	Mecánico industrial	5 años
<i>P2H</i>	Española	39 años	Autónomo	4 años
<i>P3H</i>	Española	38 años	Fábrica textil	3 años
<i>P4H</i>	Española	39 años	Informático	4 años
<i>P5H</i>	Española	39 años	Gestor administrativo	3 años
<i>P6H</i>	Española	36 años	Fábrica textil	4 años
<i>P7H</i>	Española	34 años	Fábrica textil	6 años
<i>P8H</i>	Española	29 años	Ingeniero electrónico	3 años
<i>P9H</i>	Española	37 años	Jefe mesa de casino	6 años
<i>P10H</i>	Española	48 años	TCAE	1 año y 6 meses
<i>P11H</i>	Española	44 años	Autónomo	2 años
<i>P12H</i>	Española	36 años	Técnico ascensores	2 años

Tabla 2. Guion de la entrevista

Edad: Nacionalidad: Trabajo/estudios: Tiempo de búsqueda concepcional: Antecedentes (si ha habido abortos previos...): 1. ¿Cómo te encuentras? ¿En qué sentido? ¿Lo has hablado con alguien? 2. ¿Cómo te sientes al ver que no conseguías un embarazo? ¿Te sentías igual durante todo el ciclo menstrual? 3. ¿Cómo te sentiste al dar el paso de coger cita para valorar si había un problema de fertilidad? ¿A dónde acudiste? (Médico AP, matrona...). 4. Cuéntame cómo viviste las primeras pruebas que te pidieron (analítica, histerosalpingografía, cultivos...) ¿Te generaron estrés? ¿Qué llegaste a pensar en esos momentos? ¿cómo te sentiste cuando os dijeron que había que derivaron a consulta de esterilidad? ¿Echasteis de menos alguna explicación o apoyo? 5. ¿Cómo te sentiste en la primera consulta de esterilidad del Hospital? ¿Los tiempos de espera para la primera visita fueron adecuados? 6. ¿Cómo te sientes ahora durante el proceso de las inseminaciones? ¿Te sientes apoyada por los familiares y amigos? ¿Te sientes acompañada por el personal sanitario? ¿Cómo ves el apoyo de tu pareja? ¿Crees que se debería dar alguna opción más de tratamiento en nuestro hospital? 7. ¿Conservas la misma motivación que cuando empezaste con la búsqueda concepcional? 8. ¿Has buscado algo para intentar mejorar la fertilidad? 9. ¿En algún momento te has sentido con más carga que tu pareja por tardar más tiempo en quedarte embarazada? 10. ¿Ha cambiado algo en su relación de pareja? ¿Y con su familia? 11. ¿Has tenido en tu alrededor alguien que se haya quedado embarazada? 12. ¿Qué opinas de los tiempos de espera hasta llegar a los tratamientos de fertilidad? 13. ¿Has recurrido a algún centro privado? ¿Por qué? 14. ¿Cómo crees que ha influido la situación actual del coronavirus en tu proceso de búsqueda del embarazo? ¿Qué crees que se podría haber mejorado?

El proyecto inicial se vio modificado debido a la situación de pandemia con la paralización y adaptación de las consultas siguiendo las recomendaciones de distintas sociedades científicas (Borrás et al., 2020). Aunque se pretendía entrevistar a las parejas en la primera y en la última consulta de infertilidad antes de ser trasladados al hospital de referencia para una fecundación *in vitro*, se tuvo que adaptar el estudio realizando una sola entrevista en cualquier momento del proceso de búsqueda concepcional.

Las entrevistas se realizaron en las consultas de ginecología de ambos hospitales, según la disponibilidad tanto de las parejas como de los espacios, manteniendo las

medidas de seguridad frente a la Covid-19. Fueron realizadas por dos equipos de dos entrevistadoras. Una estableció el proceso de comunicación verbal y realizó las preguntas y la otra, en un segundo plano, registró el lenguaje no verbal de las personas entrevistadas: el tono, gestos, emotividad....

Las entrevistas tuvieron una duración media de 40' con un intervalo entre 80' y 20'. También se procedió a la anonimización de las personas entrevistadas. Las entrevistas fueron grabadas en formato digital de audio y transcritas literalmente por medio electrónico, destruyendo los archivos de audio originales.

Para el análisis de los datos se realizó la transcripción de las entrevistas y se llevó a cabo individualmente la lectura en profundidad para codificar el texto identificando las ideas más relevantes. Posteriormente se realizó una puesta en común y un análisis en conjunto mediante el programa informático ATLAS-ti.8, que nos permitió categorizar los datos, identificar los sentimientos y establecer las relaciones de manera más eficiente.

RESULTADOS

El análisis de los textos nos permitió visibilizar los sentimientos de duelo aflorados durante el proceso de búsqueda concepcional obteniendo tres categorías: sentimientos de la esfera psicológica, sentimientos de la esfera social y sentimientos de la esfera espiritual. Cada categoría se dividió en subcategorías, que contienen los sentimientos de duelo más significativos del proceso (ansiedad, frustración, tristeza, miedo, ambivalencia emocional, aislamiento, banalización, búsqueda de significado, culpa y aceptación) y estas a su vez en unidades de significado.

Tabla 3. Categorías, subcategorías y unidades de significado

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
----------------------------------------	------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

CATEGORÍA 1: SENTIMIENTOS DE LA ESFERA PSICOLÓGICA

Se consideran sentimientos de la esfera psicológica aquellos que generan malestar psicológico y afectan el estado de ánimo de la persona, llegando incluso a repercutir en su salud y dando lugar a la percepción de falta de elementos para gestionar la realidad de forma llevadera. Los sentimientos de la esfera psicológica encontrados son ansiedad, frustración, tristeza, miedo y ambivalencia emocional (Ver Tabla 4). En el proceso de infertilidad estos sentimientos predominaron en estas parejas.

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

1.1. Ansiedad

El sentimiento de ansiedad fue el más frecuente, apareciendo en todas las parejas entrevistadas, debido a no poder conseguir un embarazo espontáneo como habían imaginado, lo que supone la vivencia de una ruptura de sus expectativas.

P7H. Mal, yo nunca me lo hubiera imaginado, sientes vergüenza de ver que no eres capaz de dejar embarazada a tu mujer.

P8M. Pues muy mal... parece que nunca va a llegar mi momento.

También expresaron sentir ansiedad al preguntar por la relación de pareja. Los hombres refirieron ansiedad al ver sufrir a sus parejas y las mujeres la relacionaron con no poder hacer realidad el sueño de su pareja de ser padre.

P3M: Pero sé qué él... yo lo paso muy mal por no poder darle un hijo a él.

Además, las TRA sitúan en un rol pasivo a las personas inmersas en el proceso, a expensas de los tiempos y de las largas esperas que se vieron agravadas por la pandemia, lo que supuso la vivencia de pérdida del control de la situación.

P7M: Si ya es largo de por si el proceso si va bien, si de por medio pasas una pandemia...

La sensación de falta de seguimiento y de persona de referencia también influyó en la ansiedad.

P7M: Todo ha sido muy desesperante, te hacías ilusiones, pero...no tenías mucha información.

1.2. Frustración

En las entrevistas se puso de manifiesto que la reproducción asistida no es un proceso fácil y la frustración surgió muy ligada a la decepción por no haber logrado el embarazo, lo que implica la ruptura de la expectativa, ligada a la sensación de fracaso.

P6M: Ahora cuando me viene la regla, me duele en el alma.

También se apreció frustración, expresada como sensación de impotencia, ante la realidad de embarazos en mujeres cercanas.

P3M: [...] no quería ni ir a ver a esa amiga, que había tenido un bebé, porque no, no podía verla, porque yo era verla y decir: «es que yo eso no lo voy a tener nunca».

1.3. Tristeza

Otro de los sentimientos más expresados fue la tristeza, llegando a ser incapacitante para algunas de las mujeres entrevistadas, que necesitaron un acompañamiento psicológico, acompañamiento que fue menos demandado por el sexo masculino.

P3H: Mi mujer sí que tuvo que ir a un psicólogo porque veíamos que no sacaba cabeza y era como una persona que conoces y que en esos momentos no sabes ni quién es.

La tristeza también surgió al recordar vivencias en encuentros con otras personas, donde se percibió una falta de empatía y acompañamiento.

P10M: Pues eso triste... porque necesitas alguien que te diga que es normal que te sientas así...

1.4. Miedo

El miedo formó parte de todo el proceso de fertilidad, en especial en las primeras consultas donde se temió un resultado negativo en las pruebas de infertilidad, sobre todo en los hombres.

P6H: Me agobie dije a ver si tengo yo el problema, hasta que no te dicen que está todo bien piensas a ver si yo no valgo para tener hijos.

A medida que avanzaban en el proceso aumentaron los miedos por las técnicas a emplear, sobre todo en las mujeres que asumieron la mayor parte de los procedimientos.

P12M: Tenía miedo de este proceso.

Miedo que se fue intensificando con el paso del tiempo al ver que sus objetivos no se lograron con las primeras inseminaciones, lo que lleva de nuevo a la ruptura con la expectativa y la situación en un rol pasivo.

P3M: Los primeros meses con mucha ilusión, siempre piensas que va a ser, pero un fracaso tras otro, y una decepción tras otra.

Por último, la situación de pandemia también generó un sentimiento generalizado de miedo a lo desconocido y miedo a ver de nuevo paralizado su proceso, evidenciándose la pérdida de control de la situación.

P4M: Tenía miedo por eso, porque la situación empeoraba y no quería quedarme otra vez en el mismo punto.

1.5 Ambivalencia emocional

Se observó como uno de los sentimientos constantes durante todo el proceso de búsqueda, que llevó a las parejas y sobre todo a las mujeres a sentimientos de naturaleza opuesta como esperanza-desesperanza con gran desgaste emocional, llegando a pensar que no lograrían su sueño de ser padres.

P1M: Vives muchos, muchos altibajos.

P5M. Al principio tienes mucha ilusión y eso se va apagando.

CATEGORIA 2. SENTIMIENTOS DE LA ESFERA SOCIAL

Se han llamado sentimientos de la esfera social a aquellos sentimientos que se relacionan con la esfera relacional de las parejas tanto de los familiares, amigos y sociedad. Los sentimientos de la esfera social que aparecen en estas parejas son el aislamiento y la banalización. En la tabla 5 se muestran las definiciones de estos sentimientos.

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

2.1. Aislamiento social

Estas parejas expresaron sentimientos de aislamiento social a lo largo de todo el proceso de infertilidad y del uso de las TRA. Sobre todo los hombres que con más frecuencia no expresan sus sentimientos de ansiedad, frustración, tristeza...

P7H: Yo soy muy callado para estas cosas y en mi familia también.

Aislamiento que también se relaciona con la falta de empatía tanto de sus familiares y amigos como de los profesionales que las atienden

P7M: Pero la segunda que estaba yo sola...pues es más duro, porque lo vives tú sola y es un proceso muy frío, no te sientes acompañada ni arropada.

P7M: Si supieran lo que cuesta dar el paso para pedir ayuda, del trance que tienes que pasar para decir que no vales para ser madre y ellos se piensan que vienes aquí porque quieres...tu vienes en busca de ayuda y lo único que te dicen es, pues no puedo hacer nada por ti.

Se pudo apreciar aislamiento con la propia pareja, sentimiento vivido de forma más intensa por la mujer, debido a la falta de comunicación y expresión de sentimientos entre ellos.

P7M: Él...es muy cerrado y no hablamos casi de estas cosas, ni él sabe muy bien lo que yo siento, ni yo lo que él, supongo que lo estará pasando mal, pero claro tampoco te puedo decir cómo.

Con frecuencia las parejas y sobre todo los hombres, no informan a las personas allegadas de su problema de infertilidad ni de su proceso de búsqueda concepcional, aumentado con ello su aislamiento.

P5M No queríamos que estuvieran todos pendientes del proceso estáis, pensábamos que nos iban a agobiar más que ayudar.

2.2 Banalización

Manifiestan que a lo largo de todo el proceso sienten que no se da importancia a sus sentimientos ya que los tiempos de espera son muy largos y reciben poca información.

P5H: Los tiempos en estos procesos son fundamentales y parece que sea al revés como que nos hacen un favor por poder gestionarlo por la pública y que si no queremos pues ahí está la privada que te lo hace en el momento.

CATEGORIA 3. SENTIMIENTOS DE LA ESFERA ESPIRITUAL

Consideramos como esfera espiritual a la dimensión dinámica y fundamental en la vida del ser humano y su entorno, que se refiere a los valores, los aspectos éticos, la búsqueda de significado y la trascendencia.

Los sentimientos de la esfera espiritual que aparecen en estas parejas son búsqueda de significado, culpa y aceptación. En la tabla 6 se muestran las definiciones de estos sentimientos.

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)

3.1 Búsqueda de significado

Las parejas se plantean por qué motivo les pasa esto a ellos y buscan explicaciones en actos realizados previamente.

P6H: Y siempre me planteo: ¿por qué nos pasa esto? ¿Qué hemos hecho?

3.2. Culpa

El sentimiento de culpa ante el fracaso en el proceso reproductivo fue otro de los grandes protagonistas en ambos géneros, aunque estaba más arraigado en las mujeres.

P6M. Uno de los dos tiene que tener la culpa y yo no podía plantearme tener la culpa de no quedarme embarazada.

Además, también aparecieron sentimientos de culpabilidad por haber pospuesto el momento de la reproducción habiendo dado más importancia a otros aspectos de su vida como la laboral y haber demorado su idea de formar una familia.

P4M: Te culpas por no haber empezado antes.

Aunque también lo justifican con el objetivo de aliviar su culpa.

P4M: Está claro que vivimos en unas generaciones donde parece que primero tienes que estudiar, disfrutar [...] y buscas el momento y parece que cuando lo encuentras es tarde.

3.3 aceptación

Aunque durante el proceso algunos de esos hallazgos produjeron sentimientos de resignación que con el paso del tiempo fueron modificándose hasta ser identificados como aceptación, pese a no lograr su objetivo.

P10M: He pensado...igual es que no tengo que ser madre...si no me quedo es porque lo mejor esto no tiene que ser para mí....

Y aceptación tras sentir que su unión como pareja es fuerte y que pueden superar las dificultades.

P2H: Pero que, si no, nos quedaremos nosotros dos y seremos felices también.

DISCUSIÓN

Las parejas con TRA expresan sentimientos de duelo que afectan, al igual que en el DP, a su vida personal, familiar, laboral y social (Bakhtiyar et al., 2019; Camacho Ávila, 2020).

En la manifestación de los sentimientos se observan claras diferencias de género entre ambos miembros de la pareja. Así, al igual que en el duelo perinatal (López Fuentetaja y Iriondo Villaverde, 2018), las mujeres expresan sus emociones más abiertamente, lo que las lleva a percibir que ellos están menos afectados y crea problemas en sus relaciones de pareja (Calero y Santana, 2006; Dube et al., 2021). Así se observa que las mujeres experimentan mayor ansiedad (Dube et al., 2021; Zhu et al., 2022), frustración (Esposito et al., 2020), miedo a las técnicas y procedimientos (Cabrera Cabrera et al., 2021), culpa (Rujas Bracamonte et al., 2021) y un peor estado de salud mental (Donarelli et al., 2016).

Queremos destacar que las parejas de nuestro estudio vivieron la paralización de las consultas por la pandemia y que, al igual que en el caso de DP, ello afectó a la atención que se les proporcionaba (Rodríguez Villalón et al., 2022), con un incremento de la soledad, el miedo, la ansiedad y la frustración relacionado a su vez con importante aumento en los tiempos de espera (Esposito et al., 2020), sobre todo en aquellas mujeres con una edad avanzada, con una reserva ovárica baja o que llevaban más tiempo en las

listas de espera (Esposito et al., 2020; Irani et al., 2022). Disminuir los tiempos de espera mejoraría la calidad percibida de todos los procesos de reproducción asistida (Carreño Meléndez et al., 2016).

El sentimiento que aparece con más frecuencia es el de ansiedad (Dube et al., 2021; Zhu et al., 2022) al igual que en las parejas con pérdida perinatal (Cassidy, 2018), al que se une a la frustración relacionada con la decepción por no haber logrado su deseo concepcional (Esposito et al., 2020) coincidiendo con las parejas que han sufrido una muerte perinatal (Camacho Ávila, 2020), lo que se acompaña de una profunda tristeza (Mota González et al., 2021; Camacho Ávila, 2020). Existe una relación directa entre el tiempo de espera y los sentimientos expresados por las parejas con TRA. Así, a mayor tiempo de espera más ansiedad, miedo y frustración, sobre todo en las mujeres (Esposito et al., 2020). Queremos destacar que las parejas de nuestro estudio vivieron la paralización de las consultas por la pandemia, lo que supuso un aumento de los tiempos de espera con un incremento en los sentimientos de ansiedad, desesperación y frustración, sobre todo en aquellas mujeres con una edad avanzada, con una reserva ovárica baja o que llevaban más tiempo en las listas de espera (Esposito et al., 2020; Irani et al., 2022). Se sabe que, si disminuyeran los tiempos de espera mejoraría la calidad percibida de todos los procesos de reproducción asistida (Carreño Meléndez, et al., 2016).

También hay miedo a lo largo del todo el proceso, a no conseguir el embarazo, a la relación con el médico, a las reacciones familiares, a situaciones estresantes y a las pruebas y procedimientos que se realizan mayormente sobre las mujeres (Cabrera Cabrera et al., 2021). Y, sobre todo, sienten miedo a que se repita la situación; las parejas infértiles a que vuelvan a fallar las TRA (Cabrera Cabrera et al., 2021), y las parejas con DP a que se produzca una nueva pérdida (Camacho Ávila, 2020; Fernández-Sola et al., 2020).

Estas parejas viven también en un estado de ambivalencia emocional que se expresa con los sentimientos opuestos de esperanza-desesperanza a lo largo de todo el proceso de TRA (Cabrera Cabrera et al., 2021).

Tanto en las parejas con TRA como las que están en DP sufren aislamiento social con frecuencia. Debido al estigma de la infertilidad muchas parejas no lo comparten con sus familiares y amigos e incluso evitan reuniones sociales (Abdishahshani et al., 2020), sobre todo en espacios en los que hay niños al igual que en los casos de DP (Hernández Marcos, 2015; Fernández-Sola et al., 2020).

Aislamiento que se ve agravado tanto en el TRA como en el DP cuando experimentan la banalización por parte de las personas de su entorno y de la sociedad, que trivializan su problema y manifiestan una falta total de compasión y comprensión (Dube et al., 2021; Gómez-Ulla y Contreras, 2022), ya que este es un duelo no reconocido y desautorizado, (López Fuentetaja y Iriondo Villaverde, 2018; Villalpando Collazo, 2007), muchas veces clasificado como «anormal» o «antinatural» (Martos-López et al., 2016), coincidiendo con lo experimentado por las parejas que han sufrido una muerte perinatal (López Fuentetaja y Iriondo Villaverde, 2018).

Una buena relación de pareja (Ni et al., 2021) y el apoyo profesional, familiar y social (Melguizo Garín et al., 2020) se va a relacionar con una reducción del estrés y la ansiedad (Fernández-Sola et al., 2020) y con un mejor afrontamiento de duelo (Martínez-Rodríguez et al., 2019).

Tanto en situaciones de infertilidad como en el DP se ha visto la importancia de tener relaciones con otras personas que están viviendo la misma experiencia y con las que comparten conocimientos, experiencias, y sentimientos y que les apoyan y transmiten tranquilidad y comprensión (Rujas Bracamonte et al., 2021; Gómez-Ulla y Contreras, 2022).

Es frecuente la búsqueda de significado a esta pérdida (Paramo Castillo et al., 2007), lo que se ve facilitado por el apoyo social y la estructura personal (Mota González et al., 2021).

También aparece la culpa por ser infértiles o por haber sufrido una pérdida perinatal, que les puede hacer sentir que su cuerpo está dañado (Rujas Bracamonte y Serrano Gallardo, 2021), mientras que a las mujeres las hace sentirse incapaces e incompletas (Davidson, 2018). Esta infertilidad también puede sentirse y ser vivida como un castigo y les lleva a plantearse qué hicieron para merecerlo (Ormart, 2020; Cabrera Cabrera et al., 2021; Rujas Bracamonte et al., 2021).

Y, por último, puede llegar la aceptación, lo que se considera como la fase final de cualquier proceso de duelo, cuando se logra asumir la infertilidad (Villalpando Collazo, 2007) o la pérdida perinatal y se adaptan a vivir la ausencia de ese hijo (Gómez-Ulla y Contreras, 2022), momento en el que el vínculo de la pareja puede verse reforzado (López Fuentetaja y Iriondo Villaverde, 2018).

El uso de TRA se acompaña de un sufrimiento psicológico que no debe ser subestimado (Esposito et al., 2020). Por eso el apoyo psicológico es imprescindible (Ruiz-Porras et al., 2020), ya que su nivel de salud mental es peor que en el resto de las parejas (Kong et al., 2019). De este modo disminuiría la ansiedad (Kong et al., 2019), mejoraría su calidad de vida (Liu et al., 2021) y les permitiría sentirse acompañadas, escuchadas y comprendidas (Gómez-Ulla y Contreras, 2022). Apoyo con el que no siempre cuentan, al igual que les sucede a las parejas con DP (Camacho Ávila, 2020), sobre todo en muertes intrauterinas a edades gestacionales muy tempranas (Pariona-Gutiérrez, 2023).

Con relación a los recursos profesionales, todas las parejas expresaron su deseo de ser atendidos por el mismo profesional a lo largo del proceso y la asociación a sentimientos de frustración, ansiedad y aislamiento social ante el cambio continuo de ginecólogo/a. Solicitan que haya una persona de referencia que proporcione continuidad y garantice una asistencia de calidad y el apoyo a lo largo de todo el proceso (Rujas Bracamonte et al., 2021).

Para proporcionar una adecuada atención son necesarios profesionales formados específicamente (Pariona-Gutiérrez, 2023) para comprender la dimensión real que tiene la infertilidad: física, psíquica, relacional, social y espiritual (Cabrera Cabrera et al., 2021) y den una atención integral (García Sacristán y Corona Gómez, 2021) y de calidad (Cassidy, 2018). Hay autores que consideran que la matrona, como enfermera especialista en salud sexual y reproductiva, es una profesional idónea para formar parte del equipo multidisciplinar de reproducción asistida (López, 2023), ya que puede actuar como mediadora entre el médico-paciente y entre las parejas (Ni et al., 2021) y brindar atención continuada apoyando a las familias en su proyecto parental previniendo, detectando y disminuyendo su ansiedad.

Las limitaciones de este estudio vienen condicionadas por las dificultades debidas a la situación de pandemia, lo que implicó un cambio en el protocolo de investigación, y por el hecho de incluir únicamente a parejas heterosexuales.

Implicaciones del estudio: tener en cuenta las implicaciones emocionales de las parejas infértiles con procesos de TRA proporcionará una atención de calidad y disminuirá los problemas psíquicos.

CONCLUSIONES

Las parejas que deciden acudir a la consulta de infertilidad ante la imposibilidad de conseguir un embarazo espontáneo desarrollan una serie de sentimientos de duelo que coinciden con los sentidos por las familias que sufren una pérdida perinatal.

A pesar de los avances en igualdad de género, siguen existiendo diferencias en los sentimientos vividos entre los hombres y las mujeres ante la infertilidad, que es vivida de manera más intensa por las mujeres.

Contar con el apoyo de familiares y amigos contribuye a sobrellevar estos sentimientos de duelo, siendo muy importante el apoyo de iguales que con frecuencia se encuentra en las redes sociales.

Serían necesarios cambios en la atención: a) creando protocolos en los que se incluya la formación de los profesionales para la atención integral a todas las parejas en TRA; b) disminuyendo los tiempos de espera, ya que es uno de los factores que más sentimientos de duelo ocasionan; y c) asegurando la continuidad en los profesionales que hacen de seguimiento de las parejas con TRA.

Consideramos que el personal de enfermería, en concreto las matronas, están capacitadas para acompañar a estas parejas en el proceso de infertilidad,

Serían necesarias más investigaciones en las que se incluyan otro tipo de participantes: parejas homosexuales y mujeres solas, se estudien otras variables (por ejemplo, vivencias) y en las que se investigaran los sentimientos de los profesionales implicados en procesos de TRA.

AGRADECIMIENTOS

A Maite Gil-Palao, Ana Serrano-Villahermosa, Isabel Gambín-Contreras, Sandra Jiménez-Ángel y a las parejas participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDISHAHSHAHANI, M.; TORABI, M.; KAZEMI, A. Investigating related factors to psychological symptoms of infertile couples undergoing assisted reproductive treatment. En: *Journal of Education and Health Promotion*. 2020, vol. 9, núm. 1.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. Washington: APA, 2013.
- BAKHTIYAR, K., et al. An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: A case-control study. En: *BMC Women's Health*. 2019, vol. 19, núm. 1, pp. 1-9.
- BORRÁS, A., et al. SARS-CoV-2 pandemic and assisted reproduction. En: *Elsevier Doyma. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2020, vol. 47
- CABRERA CABRERA, A.; DE LOS RÍOS URIARTE, M. E.; HERNÁNDEZ VALDEZ, P. Análisis de las sensaciones y sentimientos de las parejas con problemas de infertilidad y la influencia de la ayuda e información recibida. En: *Vida y Ética*. 2021.
- CALERO, J.L.; SANTANA, F. La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. En: *Revista Cubana de Endocrinología*. 2006, vol. 17, núm. 1.
- CAMACHO ÁVILA, M. *Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal*. [Tesis doctoral]. Universidad de Almería. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10835/10825>
- CARREÑO MELÉNDEZ, J.; SÁNCHEZ BRAVO, C.; MORALES CARMONA, F. La psicología y la infertilidad: una experiencia institucional para establecer una línea de investigación. En: *Revista de la asociación latinoamericana para la formación y enseñanza de la Psicología*. 2016, vol. 4.
- CASSIDY, P. R. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: Results from an online survey. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018, vol. 18, núm. 1.
- DAVIDSON, D. The need for bereavement support following perinatal loss. En: *Bereavement Care*. 2018, vol. 37, núm. 1, pp. 31-34.
- DEL REY, A.; GRANDE, R.; GARCÍA-GÓMEZ, J. Transiciones a la maternidad a través de las generaciones. Factores causales del nacimiento del primer hijo en España. En: *Revista Española de Sociología*. 2022, pp. 1-28.
- DONARELLI, Z., et al. How do individual attachment patterns of both members of couples affect their perceived infertility stress? An actor-partner interdependence analysis. En: *Personality and Individual Differences*. 2016, vol. 92, pp. 63-68.
- DUBE, L., et al. Infertility-related distress and clinical targets for psychotherapy: a qualitative study. En: *BMJ open*. 2021, vol. 11, núm. 11.
- ESPOSITO, V., et al. Influence of COVID-19 pandemic on the psychological status of infertile couples. En: *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2020, vol. 253, pp. 148-153.

- EUROSTAT. *Fertility statistics*. 2023. Disponible en: <https://shorturl.at/c4KKn>.
- FERNÁNDEZ-SOLA, C., et al. Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. En: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, vol. 17, núm. 10.
- GARCÍA SACRISTÁN, L.; CORONA GÓMEZ, B. *El duelo perinatal, la necesidad de una atención integral* [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Cantabria, 2021. Disponible en: <https://shorturl.at/s4DUC>
- GÓMEZ-ULLA, P.; CONTRERAS, M. *Duelo perinatal*. Madrid: Síntesis, 2022.
- HERNÁNDEZ MARCOS, C.; VILLULLAS MATE, M. J. *Caso clínico: Papel de la enfermera en la consulta de esterilidad* [Trabajo fin de Grado]. Universidad de Valladolid. 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10835/10825>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Movimiento Natural de la Población (MNP), Indicadores Demográficos Básicos (IDB)*. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Edad Media a la Maternidad por orden del nacimiento según nacionalidad (española/extranjera)*. 2022. Disponible en: www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1579&L=0
- IRANI, M., et al. Impact of COVID-19 on mental health of infertile couple: A rapid systematic review. En: *Journal of Education and Health Promotion*. 2022, vol. 11, núm. 1, pp. 404.
- KONG, L., et al. Quantitative and qualitative analyses of psychological experience and adjustment of *in vitro* fertilization-embryo transfer patients. En: *Medical Science Monitor*. 2019, vol. 25, pp. 8069-77.
- LIU, Y. F., ET AL. The analysis of anxiety and depression in different stages of *in vitro* fertilization-embryo transfer in couples in China. En: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2021, vol. 17, pp. 649-657.
- LÓPEZ FUENTETAJA, A.M.; IRIONDO VILLAVARDE, O. Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. En: *Clínica Contemporánea*. 2018, vol. 9, núm. 3, pp. 1-24.
- LÓPEZ, S. *Quiero quedarme embarazada. Claves para entender la reproducción asistida*. Barcelona: Alba Editorial, 2023.
- MARTÍNEZ-RODRÍGUEZ, L., et al. Social support and resilience: protective factors in primary caregivers of patients on hemodialysis. En: *Enfermería Nefrológica*. 2019, vol. 22, núm. 2, pp. 130-139.
- MARTOS-LÓPEZ, I. M.; SÁNCHEZ-GUISADO, M. M.; GUEDES-ARBELO, C. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. En: *Revista española de comunicación en salud*. 2016, vol. 7, núm. 2.
- MATUA GERALD, A. Choosing phenomenology as a guiding philosophy for nursing research. En: *Nurse Researcher*. 2015, vol. 22, núm. 4, pp. 30-34.

- MELGUIZO GARÍN, A.; HOMBRADOS MENDIETA, M. I.; MARTOS MÉNDEZ, M. J. La experiencia de un grupo de apoyo en el proceso de duelo de familiares de niños con cáncer. Un estudio cualitativo. En: *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 2020, vol. 17, núm. 1, pp. 117-129.
- MERCK ESPAÑA. *Encuesta Merck Fertilidad en España – Noticias*. Disponible en: www.merckgroup.com/es-es/news/encuesta-fertilidad-spain-deseos-y-realidad-2022.html
- MONTERO CARTELLE, E. Vista de Arnaldi de Villanova Compilacio de concepcione. En: *Estudio y edición crítica*. 2009. Disponible en: <https://revistas.uva.es/index.php/minerva/article/view/2612/2061>
- MOTA GONZÁLEZ, C., et al. Resilience and social support as predictors of perinatal grief in mexican women: Explanatory model. En: *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 2021, vol. 58, núm. 1, pp. 33-46.
- NANDA INTERNATIONAL. *Diagnósticos Enfermeros*. 2019.
- NI, Y., et al. Analysis of the levels of hope and influencing factors in infertile women with first-time and repeated IVF-ET cycles. En: *Reproductive Health*. 2022, vol. 18, núm. 1, pp. 1-9.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Infertilidad*. Disponible en: www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1
- ORMART, E. B. *Tensiones entre lo femenino y la maternidad en torno a las técnicas de reproducción asistida*. 2020. Disponible en: www.aacademica.org/elizabeth.ormart/30
- PARAMO CASTILLO, D.; RODRÍGUEZ JUAREZ, G.; VILLALPANDO COLLAZO, D. *Aspectos específicos del duelo por la infertilidad*. 2007. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aspectos-especificos-del-duelo-por-la-infertilidad/>
- PARIONA-GUTIERREZ, E. El duelo perinatal: Un duelo invisible. En: *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2023, pp. 1-2.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. 2023. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
- RODRÍGUEZ VILLALÓN, M., et al. Papel de la matrona ante el duelo perinatal en contexto actual de pandemia. Caso clínico. En: *Enfermería Cuidándote*. 2022, vol. 5, núm. 2, pp. 8-16.
- RUBIO ACUÑA, M.; ARIAS BURGOS, M. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. En: *Revista Cubana de Enfermería*. 2013, vol. 29, núm. 3, pp. 191-198.
- RUIZ-PORRAS, D.; RUIZ-PORRAS, L.; CRUZ-REPISO, V. La depresión en su relación con las técnicas de reproducción asistida y la influencia del asesoramiento profesional durante el proceso. En: *Psicología y Salud*. 2020, vol. 1, pp.15-23.

- RUJAS BRACAMONTE, S.; SERRANO GALLARDO, P. Descubrir la infertilidad: la experiencia de las mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida. En: *Rev. Esp. Salud Pública*. 2021, vol. 95, núm. 1.
- SILES GONZÁLEZ, J. La utilidad práctica de la Epistemología en la clarificación de la pertinencia teórica y metodológica en la disciplina enfermera. En: *Index de Enfermería*. 2016, vol. 25, pp. 86-92.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia, 2002.
- THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Pregnancy at Age 35 Years or Older. En: *Obstetric care consensus*. 2022, vol. 140, núm. 2, pp. 348-366.
- VILLALPANDO COLLAZO, D. *Aspectos específicos del duelo por la infertilidad*. 2007. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aspectos-especificos-del-duelo-por-la-infertilidad/>
- ZHU, H., et al. Global Research Trends on Infertility and Psychology From the Past Two Decades: A Bibliometric and Visualized Study. En: *Frontiers in Endocrinology*. 2022, vol. 13, pp. 1.