

ANÁLISIS DE LAS SENSACIONES Y SENTIMIENTOS DE LAS PAREJAS CON PROBLEMAS DE FERTILIDAD Y LA INFLUENCIA DE LA AYUDA E INFORMACIÓN RECIBIDA

SEGÚN UN ESTUDIO
DE CAMPO REALIZADO
EN MÉXICO EN EL AÑO 2011

Fecha de recepción: 03/03/2021

Fecha de aceptación: 10/03/2021

Dr. Antonio Cabrera Cabrera

Contacto: acabrera@anahuac.mx

- Director de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, México

Dra. María Elizabeth de los Rios Uriarte

- Coordinadora del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, México

Mtra. Patricia Hernández Valdez

- Secretaria Académica de la Academia Nacional Mexicana de Bioética

Palabras clave

- Sentimientos
- Sensaciones
- Infertilidad
- Apoyo

Key words

- Feelings
- Sensations
- Infertility
- Support

RESUMEN

La infertilidad se ha convertido en un tema crucial, tanto por el número de parejas que lo sufren como por la complejidad de las consecuencias que esta conlleva. **Objetivo.** El presente artículo examina las sensaciones y los sentimientos, así como la ayuda que reciben dichas parejas para afrontar su proceso de infertilidad. **Material y método.** Se analizan varias preguntas del cuestionario realizado a 566 personas y se recogen narraciones de la investigación cualitativa del estudio. Se presenta la metodología con la que fue hecho el cuestionario. Asimismo, se realiza una revisión de la literatura sobre el tema entre los años 2011 y 2020. **Resultados.** Se muestra baja autoestima, depresión, angustia y ansiedad ante las relaciones con el médico especialista, la familia, la sociedad y ante algunas situaciones estresantes, como la producción de embriones y su posible destino. También se analiza la ayuda que reciben las parejas para afrontar tales situaciones. **Conclusiones.** El problema de la infertilidad es complejo y, además, un tema esencialmente interdisciplinar. Se advierte un vacío en la ayuda integral a las parejas para abarcar las dimensiones física, psíquica, relacional, social y espiritual.

ABSTRACT

Infertility has become a crucial issue, both due to the number of couples who go through this, and because of the complexity of the consequences it entails. **Aim.** This article examines the sensations and feelings, as well as the help the couples receive to cope with their infertility process. **Material and method.** Several questions of the questionnaire made to 566 people are analyzed, and the narrations of the qualitative research of the study are collected. The methodology with which the questionnaire was made is presented. Likewise, a review of the literature on the subject between the years 2011 and 2020 is carried out. **Results.** Low self-esteem, depression, anguish and anxiety are shown in the face of relationships with the specialist doctor, the family, the society and some stressful situations, such as the production of embryos and their possible destination. The help that couples receive to deal with the above mentioned is also analyzed. **Conclusions.** The problem of infertility is very complex, and it is an essentially interdisciplinary issue. There is a gap in comprehensive assistance to couples that encompasses their physical, mental, relational, social and spiritual dimensions.

1. ANTECEDENTES

La infertilidad es un problema de salud pública que afecta, aproximadamente, del 15 al 20 % de las parejas en edad reproductiva, según la mayoría de los estudios internacionales (1,2). Aunque existen pocas cifras de la prevalencia de este fenómeno a lo largo de la historia, dado que en algunos momentos no se diagnostica y en otros no se reporta, el porcentaje ha ido en aumento debido a varias causas: estrés, hábitos alimenticios, uso de anticonceptivos, edad de la mujer al momento de buscar un embarazo, entre otras. Así, la infertilidad se convierte en un tema prioritario por la cantidad de parejas que viven esta situación.

No obstante, el problema de la infertilidad adquiere una mayor importancia a nivel mundial, pues cada vez son más evidentes las complejas relaciones entre los factores psicológicos y la fertilidad (3). Uno de los temas más significativos de la infertilidad es el que se refiere a las sensaciones y los sentimientos que viven las parejas. Dos aspectos lo resaltan: la intensidad con que viven estas sensaciones y el proceso por el que atraviesan estas parejas con problemas de fertilidad. Es importante señalar que, en el caso de la república mexicana, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, muchas de las parejas infértiles no tienen la posibilidad de acceder a las clínicas de fertilidad (CF) y, seguramente, tampoco a médicos especialistas, dado que no se puede acceder a esta a través de la seguridad social, como ocurre en los países desarrollados.

Por tanto, las parejas que se analizan en el presente artículo son aquellas que perciben su dificultad de concebir y tienen la posibilidad de hacerse algunos estudios para determinar su problema de fertilidad, o de recurrir a un médico especialista o CF para valorar y someterse a alguna técnica de reproducción asistida (TRA). Ciertamente, las TRA no están exentas de estrés físico y emocional ni de riesgos para la salud (4). Quienes acuden a una CF o a un médico especialista recorren un proceso, antes mencionado, descrito por Cabrera (5):

Primero, la pareja [...] hacen una primera visita a un médico, normalmente al propio ginecólogo y obtienen un primer diagnóstico. A continuación, la pareja puede acudir a otras dos instancias para tener un diagnóstico: el médico especialista o la clínica de fertilidad. En este momento existen tres posibilidades: 1) acudir a los nuevos tratamientos hormonales y quirúrgicos; 2) recurrir a alguna TRA; 3) optar por la adopción. Es probable que se opte primero por los tratamientos hormonales y, si estos no funcionan, entonces por alguna de las TRA. Dentro de las TRA, lo más probable es que se comience por la inseminación artificial –por ser la más económica y sencilla– y, si esta no funciona, entonces

se recurre a la FIVET, ICSI o GIFT y, si ninguna de estas funciona tampoco, entonces se pasa a la adopción [...].

Este proceso es largo y doloroso a nivel psíquico, y puede durar años, con más o menos dificultades, conflictos, sentimientos y vivencias; este es vivido por personas de muy diferentes personalidades y esquemas de pensamiento, donde la ayuda o la información que se recibe es insuficiente. Así, es posible que se tomen decisiones que, en ocasiones, no son las más adecuadas; esto, sin medir las consecuencias que las TRA tienen para los involucrados, tanto para la madre como para los embriones. La necesidad de la psicología de la reproducción es un tema tratado por varios autores (6,7).

Las TRA invaden la privacidad sexual al generar numerosos sentimientos de desesperación, pena, miedo, pérdida de la autoestima, culpa, depresión, entre otros. La complejidad de este tema se intensifica al percibir, además de las sensaciones personales, otras que son compartidas con la pareja o aquellas que surgen al enfrentar a la familia, los amigos o los mismos especialistas. El problema central radica en cómo la pareja debería afrontar sus sentimientos, esto es, debidamente asesoradas e informadas en los aspectos individual, relacional, familiar, social, ético y espiritual. Es decir, se debe abarcar a la persona de un modo integral. A fin de conocer la dimensión de este problema, se analizan varias preguntas que la investigación de Cabrera (8) utilizó en una muestra de 566 individuos para indagar sobre el tipo de sentimientos inherentes a su proceso de infertilidad, así como la ayuda y la información que recibieron para hacerle frente.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se presentaron los datos de la tesis doctoral de Cabrera (8), *La atención integral de las personas con problemas de fertilidad: estudio de campo realizado en México*. De este estudio, se recogió una parte de los reactivos de un cuestionario aplicado a parejas con problemas de fertilidad sobre las sensaciones y los sentimientos que experimentaron, así como la asesoría y la información que recibieron. Dado que este trabajo de investigación tuvo un enfoque mixto, se presentaron datos tanto cuantitativos como cualitativos (narraciones) que explicitaron los primeros.

2.1. Metodología de la tesis de Cabrera (8)

Diseño del estudio: fue un estudio de diseño no experimental, transeccional, descriptivo y correlacional. Su enfoque fue de carácter cuantitativo y cualitativo, por lo que se trató de un estudio mixto.

2.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por parejas de hombres y mujeres que, durante edad reproductiva, han tenido o tienen diversos problemas de fertilidad. Los encuestados tenían una edad media de 39,9 años para los hombres y 37,4 para las mujeres. Para determinar la proporción de la población mexicana que tiene algún problema de infertilidad, se hizo referencia a dos estudios que analizaron la infertilidad:

- El primero de ellos, realizado por González (9), reportó que el 15 % de las mujeres entrevistadas había experimentado alguna vez, durante su vida fértil, un periodo de infertilidad de 12 meses o más.
- Un análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 realizado por Walker, Fernández y Suárez (10) señaló que el 17,5 % de los participantes afirmó tener problemas de fertilidad; en México, esto equivale a una población de 3 619 000 mujeres aproximadamente. Este estudio concluyó que la infertilidad es un serio problema de salud en México y a nivel mundial. La prevalencia de infertilidad encontrada (17,5 %) coincide con datos de otros países.

Selección de la muestra. Para esto, se tuvieron en cuenta 566 individuos (n=566), 125 hombres (22,4 %) y 434 (77,6 %) mujeres, quienes respondieron un cuestionario. Los encuestados tenían una edad media de 39,9 años para los hombres y 37,4 para las mujeres. Se trató de una muestra de tipo no probabilística y dirigida, a fin de asegurar la representatividad de diversas entidades de la república mexicana.

Elaboración del cuestionario. El instrumento fue diseñado específicamente para este estudio, y los datos se recogieron a través de un cuestionario autoadministrado, con 56 preguntas. En la revisión de la literatura realizada de 2011 a 2021, no se encontró ningún cuestionario análogo al elaborado; por lo que este fue mayormente original, lo que se constituye como uno de los puntos más valiosos del trabajo a examinar.

Recolección de datos. Para recolectar la información, se enfrentó una serie de dificultades que supusieron, en ocasiones, un verdadero reto. Las parejas no estaban dispuestas a hablar de su experiencia o expresaban rechazo u oposición hacia los sentimientos que surgían de las preguntas planteadas. Con respecto a la extensión y la amplitud del cuestionario (56 preguntas y más de 200 variables), el tiempo promedio que se estimó para responderlo fue de 40 a 45 minutos, lo que lo hacía poco recomendable metodológicamente.

Análisis de los datos. Se hizo una matriz de datos SPSS. Para la comprobación de la hipótesis, se realizaron análisis no paramétricos y paramétricos, como la prueba de Chi-cuadrada, aplicada a la distribución de los datos a través de tablas cruzadas, y diversos análisis de las medidas de tendencia central. Otras pruebas de significancia estadística, como la t de Student y el análisis de varianza (ANOVA), fueron utilizadas para verificar la solidez estadística de los datos.

2.3. Confiabilidad y validez del instrumento

Para medir la homogeneidad entre las preguntas y los ítems del cuestionario, se optó por calcular el coeficiente alfa de Cronbach (.498) para los reactivos de tipo Likert. El cuestionario fue sometido a juicio de 23 expertos en bioética, sociología y filosofía, también expertos en estudios de campo y metodología de cuestionarios. Con base en estos resultados, se concluyó que el instrumento era válido y confiable. Este fue contestado, principalmente, por parejas mexicanas, con lo que se consideró su psicología, religiosidad y otras características peculiares. Se cree que las parejas mexicanas reflejan las características de las de la mayoría de los países latinoamericanos, pero no se podría decir lo mismo de países europeos o de EEUU.

2.4. Descripción de reactivos y preguntas analizadas

Con base en el objetivo de este artículo, este es, mostrar las sensaciones y los sentimientos de las parejas con problemas de fertilidad, así como la ayuda y la información brindadas en la CF. Del cuestionario descrito se seleccionaron las preguntas que se enfocaban más en estos aspectos; estas son:

1.- Sensaciones y sentimientos ante el problema de fertilidad:

o Pregunta 43, 7 reactivos (p. 136)

o Pregunta 32, 4 reactivos (p. 129)

- o Pregunta 21, 6 reactivos (p. 125)
- o Expectativas de éxito (pp. 166-175)
- o Investigación cualitativa: narraciones
- 2.- Ayuda recibida a nivel individual o en pareja:
 - o Pregunta 44, reactivos 1 y 3 (p. 193)
 - o Pregunta 46, reactivos 2, 3 y 4 (p. 199)
 - o Investigación cualitativa: narraciones
- 3.- Grado de satisfacción de los encuestados sobre la asesoría recibida:
 - o Pregunta 29, 5 reactivos (p. 128)
 - o Investigación cualitativa: narraciones
- 4.- Revisión y actualización de la literatura, **años 2011-2020.**

3. RESULTADOS

1.- Sensaciones y sentimientos ante el problema de fertilidad.

a. La siguiente tabla muestra los siete reactivos de la pregunta 43 con datos relevantes en relación con las sensaciones y los sentimientos negativos que la pareja experimenta al momento de darse cuenta de que tiene un problema de infertilidad (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

Tabla 1. ¿Qué sensación produjo en ti el problema de infertilidad?

	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
1. Una disminución de mi autoestima (n=472).	25,4 %	32,0 %	23,1 %	19,5 %
2. Una fuerte pena que tenía que compartir (n=478).	16,7 %	22,4 %	34,1 %	26,8 %
3. Un sentimiento de culpa: "¿qué hice para que me suceda esto?" (n=471).	32,1 %	21,2 %	20,8 %	25,9 %
4. Un estado de depresión, angustia o ansiedad (n=475).	18,9 %	26,5 %	28,0 %	26,5 %
5. Coraje contra mi cónyuge, juzgándolo culpable (n=470).	79,8 %	13,4 %	3,0 %	3,8 %
6. Un estado de recelo de mi cónyuge hacia mí (n=463).	74,9 %	17,3 %	4,8 %	3,0 %
7. Otros: El 15 % de la muestra total mencionó otros sentimientos.				

Los datos de la tabla anterior se explicitan a través de algunas narraciones que exteriorizan los estados de depresión, angustia y ansiedad que aparecieron al intuir el problema de fertilidad. Estos se intensificaron con el paso del tiempo y, de manera especial, cuando iniciaron y continuaron los tratamientos, sobre todo cuando los resultados fueron negativos.

Sobre la vivencia personal:

¡¡¡¡Nadie sabe lo que se siente hasta que estás ahí!!!! Y es muy fácil criticar o juzgar lo que hacen los demás por lograr algo que otros ni siquiera valoran [...] Como ya dije: no pueden saber lo que duele si no lo viven en carne propia.

Sobre la ilusión-desilusión, esperanza-desesperanza:

Es difícil aceptar que biológicamente tienes fallas para concebir un hijo, es difícil el tiempo de espera, la ilusión que cada mes se va para abajo y trae tristeza [...]

Sobre la percepción del proceso como denigrante y sin apoyo psicológico:

Recuerdo que aquellos días tenía que repetirme muchas veces al día: "¡No soy una vaca, no soy una vaca! Quiero un hijo, pero no permitiré que me traten como a una vaca" [...]. Son momentos en los que te encuentras frágil, vulnerable, quebradiza y lo que necesitas es apoyo para razonar correctamente. Cómo duelen y cuánto pueden confundirte los malos consejos, las presiones, incluso las miradas irónicas de los que te rodean.

En lo personal hubo momentos en que me sentí inútil por tener que recurrir a tantas cosas para poder lograr un embarazo, me era difícil desvestirme cada vez que asistía a consulta, tuve que dejar el pudor a un lado; en ocasiones me sentí ultrajada por tanta invasión a mi intimidad, me sentí muy vulnerable al estar ahí, tendida en una plancha, rodeada de personas desconocidas, me sentí humillada.

Cuando se llega a la paz y la resignación:

Yo me he repuesto muchísimo, me siento muy tranquila, miro hacia atrás y me da mucha tristeza y rabia el verme triste y luchando como loquita contra la pared para ser mamá, siento que mi esposo también lo ha aceptado y nos hemos "resignado" [...]

Lo que sucede si los tratamientos no tuvieron resultado positivo:

Cada vez que te haces un tratamiento de fertilidad y no quedas embarazada, es como perder al hijo que nunca tuviste. Yo me informé mucho sobre las consecuencias, frustraciones, logros [...] pero nunca me imaginé sufrir y sentir por todo lo que pasamos tanto mi marido como yo [...]

b. La pregunta 32, con cuatro reactivos, muestra las sensaciones y los sentimientos de las parejas cuando dejan las CF; esta refleja el proceso por el que se atravesó al momento de informarse, y el modo en que se percibió el trato (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

Tabla 2. Sensación que se tuvo al dejar al médico especialista o la CF.

	No	Sí
Estar totalmente en las manos del médico especialista (n=80).	41,2 %	58,8 %
Tener un problema de infertilidad de fácil solución (n=72).	79,2 %	20,8 %
Una posibilidad de quedarme embarazada (n=83).	27,7 %	72,3 %
Una cita más que no daría solución al problema de infertilidad (n=77).	48,1 %	51,9 %
Otra (n=23).	4,1 % de la muestra total (n=566)	

Aunque esta pregunta fue respondida por un número pequeño de la muestra, las respuestas se muestran implícitamente en las siguientes narraciones. Las primeras sobre la conducta, el desempeño, el profesionalismo, las intenciones, etc. que el médico especialista. Experiencias positivas:

[...] Clínica A, me parece que nos trataron con muchísimo tacto y respeto y siempre disponibles para cualquier duda [...]. Clínica B, el dr. NN, muy atento, siempre dispuesto a aclarar dudas y no ser una paciente más.

El médico es una persona bastante seria y educada, siempre nos explicó punto y coma del tratamiento a realizar [...], siempre nos habló con la verdad y jamás nos dio falsas esperanzas [...]

A veces, también se observaron experiencias negativas:

[...] Puedo decir que de 6 doctores que vi, solo 2 me mostraron su lado humano y me hablaron con sinceridad. A la mayoría no les importa lo mal que te puedas llegar a sentir con los desajustes hormonales o las desilusiones tan grandes que te llevas cuando simplemente "no pegó" y tú te desgastaste física, emocional y económicamente [...].

En mi experiencia, hay falta de ética en los médicos, solo buscan su bienestar económico y no el de los pacientes, nunca ven el estrés emocional que uno pasa, y no te dan información [...].

Salí muy decepcionada del trato que se nos dio y de la poca o ninguna información recibida y [...], ni siquiera se preocupó por hacer algún estudio para saber cuál era el problema, él simplemente me dijo inyéctate esto y regresa tal día [...].

La sensación al dejar el lugar es terrible: te quedas sola con tu marido y una hoja que dice negativo [...]. Ellos se quedaron con el dinero y con tus ilusiones, te sientes muy resentida con la gente y con la vida [...].

En ocasiones, se pueden evidenciar las ilusiones y expectativas que muchas parejas se crean ante su problema de infertilidad; estas influyen significativamente en sus sentimientos y sensaciones:

Que todo lo puedo, que si estoy dispuesta a dejar congelados, o a hacerme un *in vitro* ya sean con los nuestros o con prestados, pues si se puede y claro que me embarazo, que mientras tenga dinero puedo todo, hasta elegir el sexo de mi bebé y claro que los gametos de los que me van a poner son los mejores y que no hay riesgo de un bebé que salga malito porque ellos se encargan de desecharlos [...]

Algo muy relevante en estas parejas es su solidaridad con otras, como lo expresa esta narración:

[...] salir de esta experiencia es como salir de una enfermedad crónica y terminal. Si bien no nos escapamos de la muerte, es algo con lo que siempre viviremos. Es algo que nos ha marcado en todo y para siempre. Siempre estaremos unidos a las personas que siguen sufriendo esta prueba porque siempre seremos parte de ellos.

c. La pregunta 21, con sus seis reactivos, presenta el tema de la información recibida por los médicos especialistas sobre el número de embriones producidos, su transferencia, congelación y destino final; esto influye notablemente en las sensaciones y sentimientos que presenta la pareja. Son cuestiones que deberían ser oportunamente informadas por parte de los profesionales que les presentaron las TRA.

Tabla 3. ¿Qué te dijeron cuando te presentaron las TRA?

	No	Sí	No recuerdo
Que iban a producir embriones en el laboratorio (n=312).	37,2 %	54,8 %	8,0 %
Que el resultado de unir óvulos y espermatozoides en el laboratorio es solo un puñado de células (n=299).	63,9 %	25,1 %	11,0 %
Cuántos embriones, aproximadamente, se iban a producir (n=311).	41,2 %	46,9 %	11,9 %

Cuántos embriones, aproximadamente, iban a transferir al útero (n=309).	36,6 %	53,4 %	10,0 %
Cuántos embriones, aproximadamente, iban a congelar (n=304).	46,7 %	43,4 %	9,9 %
El destino que tendrían los embriones congelados (n=301).	49,5 %	41,5 %	9,0 %

d. Para finalizar este primer apartado de los resultados obtenidos en el cuestionario, se consideró un aspecto que puede intensificar los sentimientos y sensaciones vividas; este se relaciona con las altas expectativas de éxito que se crean las parejas cuando acuden a las CF, dado que los índices de éxito anunciados son más elevados (entre 60 y 90 % de eficacia) que los reales (11). Esto impacta de manera directa en el estado emocional de las parejas, lo que favorece el surgimiento de esperanzas desproporcionadas.

2.- Ayuda o asesoría que las parejas reciben para enfrentar sus sensaciones y sentimientos.

En este segundo apartado de resultados, se refleja el tipo de ayuda y asesoría que las parejas recibían para hacer frente a los sentimientos y sensaciones que vivían ante su problema de infertilidad. Esta ayuda se dio para afrontar diversos aspectos expresados en los reactivos 1 y 3 de la pregunta 44, a nivel individual; y de los reactivos 2, 3 y 4 de la pregunta 46, a nivel de pareja. La distribución de resultados se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4. Ayuda recibida a nivel individual o en pareja.

Reactivo	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Sobre los aspectos personales: autoestima, culpa, ansiedad, depresión (n=461).	64,2 %	20 %	12,4 %	3,5 %
Sobre las implicaciones psicológicas que podría tener un fracaso en las TRA (n= 455).	67,7 %	21,2 %	7,5 %	3,5 %
En relación con la pareja (n= 462).	71 %	15,4 %	9,5 %	4,1 %
En el trato con la familia (n= 462).	70,1 %	17,1 %	9,3 %	3,5 %
En la relación con la sociedad (n=461).	73,5 %	15,8 %	8,5 %	2,2 %

Dos narraciones explicitan, en primer lugar, que el problema de la infertilidad es interpersonal: está compartido por la pareja, sobre todo en la parte emocional; esto, para no poner en riesgo el matrimonio:

Creo que las parejas que pasamos por esta difícil situación, en la mayoría de los casos nos encontramos completamente solas [...] y considero que es mucho más importante recibir ayuda emocional que en lo físico, pues el estrés y todo el conjunto de emociones que la infertilidad desata, son tan fuertes que pueden terminar en divorcio o el deseo de perder la vida.

En segundo lugar, sobre el grado de presión que sienten los encuestados con la familia y con la sociedad:

Fue difícil los primeros años asimilar que somos una pareja especial y diferente, sobre todo porque nuestros familiares y amigos, y hasta cierto punto también nosotros nos presionamos con la idea de tener un hijo como si esto nos hiciera mejores personas [...] la sociedad es la que más te presiona a que como pareja tengas un hijo [...] todos quieren darte recetas, recomendarte doctores que en realidad no son adecuados, cuando ya vives un caso extremo de infertilidad [...]

3.- Grado de satisfacción que recibieron los encuestados sobre la información recibida.

La pregunta 29, con cinco reactivos, refleja datos sobre qué tan conformes quedaron los encuestados con respecto a la ayuda recibida por los profesionales sobre diversos aspectos. Esto se observa en la siguiente tabla.

Tabla 5. Asesoría recibida por las parejas con problemas de fertilidad.

	Incompleta e inadecuada	Medianamente completa y adecuada	Muy completa y adecuada
El manejo de las propias emociones y los sentimientos (n=354).	49,7 %	32,8 %	17,5 %
El posible estado de angustia o depresión en que me podía encontrar (n=354).	55,6 %	26,3 %	18,1 %
El modo de afrontar las posibles diferencias con mi cónyuge (n=351).	56,4 %	22,5 %	21,1 %
El modo de afrontar las dudas o inquietudes de nuestra familia (n=349).	56,4 %	24,1 %	19,5 %
La manera de afrontar mis relaciones con los amigos y la sociedad (n=345).	59,7 %	22,3 %	18,0 %

Algunas de las narraciones obtenidas revelan la necesidad de la asesoría en general, la dificultad de encontrarla y, en ocasiones, cuando se tuvo, la poca efectividad de dicha asesoría al responder a los cuestionamientos y dudas de la pareja para asimilar lo que se vive:

Nunca consideramos la necesidad de una ayuda psicológica después de los fracasos en los diferentes tratamientos y, con el paso del tiempo, sé que hubiera sido de mucha utilidad [...], no quisiera dejar de decirle que, en nuestro caso, la prueba más dura de todas ha sido la parte psicológica y esta es la que siempre nos costó más trabajo encontrar ayuda.

Nos hubiera ayudado que al momento de acudir al doctor y descubrir que había un impedimento parcial o total nos orientaran con un profesional para asimilar esa etapa y superarlas sin que nos presionen comentarios de otros, es decir, que nos apoyen psicológicamente porque en ocasiones se nos juzga por el hecho de no poder tener hijos en una forma equívoca y esto nos lastima y con ayuda profesional estaremos aptos para responder preguntas o comentarios sobre todo aceptar o asimilar la etapa que vivimos.

4.- Resultados de la revisión y actualización de la bibliografía.

Se consultaron las bases de datos Web of Science, PubMed, Scopus y Google Académico; esto, con el propósito de actualizar, profundizar y corroborar los datos del presente estudio, así como analizar los principales artículos en español e inglés publicados entre los años 2011 y 2020. Los resultados más relevantes encontrados en español se complementan con los que se encontraron de mayor interés en inglés. Para ello, se consideró la revisión de la literatura sobre temas de infertilidad en la tesis doctoral de Cabrera (12). Asimismo, se excluyeron los trabajos considerados deficientes desde el punto de vista metodológico (con muestras no significativas y con instrumentos poco válidos y/o confiables). Los criterios de inclusión, por otro lado, respondieron a la presencia de la información reciente, relevante y pertinente para la temática a revisar.

Por otra parte, no se encontraron cambios significativos en el periodo 2010-2020. Se observó que la infertilidad resulta ser un problema clínico muy particular, donde la psique de las personas se encuentra comprometida al asumirse como un proceso largo y tedioso que afecta no solo a la pareja infértil, sino al sistema familiar y social (1).

Muchos autores mantienen que la infertilidad está relacionada con la pérdida de autoestima, el aumento en el nivel de estrés y la disminución en el estado de ánimo (13). Incluso la identidad y la autovaloración de algunas mujeres es

negativa después de tener un hijo mediante alguna TRA (14). Otros autores también señalan la importancia de considerar los potenciales trastornos emocionales cuando se acude a una CF para recibir el tratamiento correspondiente (15); por tanto, es evidente la relación de la ansiedad y el estrés con la infertilidad (16). No obstante, las consecuencias psicológicas de la infertilidad y su tratamiento siguen sin investigarse a profundidad y de forma integrada (17).

En la literatura existe poca información explícitamente relacionada con la que las parejas reciben por parte de las CF o del médico especialista para afrontar sus sentimientos y sensaciones ante el problema de fertilidad. Sin embargo, algunos estudios indican que la relación médico-paciente se encuentra francamente mermada, pues el trato por parte de los profesionales de la salud se posiciona en una especie de "frialidad médica", donde solamente se atiende el aspecto biológico de la reproducción, sin atender otros aspectos, entre ellos, el psicológico, el social y el espiritual, que inciden en las esferas laboral y familiar de los pacientes (18).

En la revisión que se realizó en inglés, algunos autores mencionan la necesidad de desarrollar instrumentos que traten la infertilidad centrada en el paciente (19,20), aunque no es una tendencia. Más bien se centran en algunas de las dimensiones, como la biológica (21-23); o la social (24,25); o la dimensión espiritual/religiosa, donde las estrategias de afrontamiento que tienen en cuenta esta dimensión pueden mejorar la capacidad de las parejas para superar sus sentimientos (26,27). Al respecto de esta última dimensión, Best, Butow y Olver (28,29), en una búsqueda sistemática que realizaron en 10 bases de datos, afirmaron que existe una discrepancia en la forma de hacerlo y, en la mayoría de los casos, no se da. La dimensión psicológica es el aspecto más atendido a nivel individual para la pareja; y a nivel familiar y social, Boivin y Gameiro (30) describieron los cinco cambios de paradigma para explicar cómo evolucionó la psicología y la asesoría sobre la infertilidad: la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, los trastornos de sueño y el estrés son los más estudiados (31-34). Así, estos deben atenderse antes, durante y después de los tratamientos (35-37).

Un tema importante a tener en cuenta es la diferencia entre los sentimientos de los hombres y mujeres; este aspecto fue reportado por Cabrera (8). Dicho tema ha sido más desarrollado en la última década (38-41). El interés por estudiar las sensaciones y los sentimientos en los varones puede estar relacionado con los roles en la familia actual, los cuales deberían ser cuidadosamente estudiados (42-44). Es importante mencionar que son las mujeres quienes suelen llevar la carga principal y, a menudo, son las culpadas por no concebir; estas sienten más intensamente todo el proceso que viven (45-50).

Otro tema más estudiado en la última década ha sido cómo la infertilidad afecta el proyecto de vida de la pareja (35, 36, 51-54); así, las razones de por qué dejar los tratamientos y la asesoría que deberían recibir las parejas han sido ampliamente tratadas. Entre los grupos más relevantes que han estudiado este enfoque están el de Gameiro, Boivin, Peronace y Verhaak (55). En general, se observa una preocupación por la ayuda psicológica que deberían recibir, pero esta es insuficiente (56,57), y los médicos especialistas o el personal de las CF debería ofrecerlo (58-60).

Una cuestión que se ha desarrollado en los últimos años es el tema que concierne a la evolución de los medios y las Tecnologías de la Información (TI), como las redes sociales, las páginas de internet y los foros. Estos son cada vez más consultados por personas con diagnóstico de infertilidad; sin embargo, pueden ser armas de doble filo. Por un lado, podría ser positivo para que las parejas encuentren ayuda en foros o grupos (61); pero también podría ser negativo, pues la infertilidad se convierte en un evento de comercialización que va en contra de la atención y la ayuda integral para los usuarios.

En un artículo reciente de Delbaere, Verbiest y Tydén (62), se recogen varios sitios web o herramientas interactivas que brindan información relevante para estas parejas. Brochu et al. (63) indagaron si los recursos de internet satisfacen las necesidades y preferencias de las parejas infértiles. Existen aplicaciones para los *smartphones*, pero se sabe poco sobre las ventajas de estas aplicaciones, aunque existe una evidencia sobre su utilidad (64). Es interesante comentar la propuesta de Hvidman et al. (65) acerca de la creación de la Fertility Assessment and Counselling Clinic (FAC) como respuesta a la gran demanda de mujeres y hombres insatisfechos por la falta de asesoría sobre el tema de la fertilidad.

Finalmente, existen asociaciones de infertilidad en diferentes continentes, entre estas, la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA) o la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE). En el año 2015, esta última publicó la *Guía para el equipo de fertilidad* (66), la cual se centra en ofrecer una asesoría a quienes trabajan en las CF para que provean los cuidados psicosociales de rutina necesarios a las parejas sin la ayuda de un psicólogo especialista. De esa forma, se busca que todos los que trabajan en las clínicas coadyuven en los tratamientos de las parejas infértiles. Cada vez se observa más la intención de capacitar a todo el personal de las clínicas; por lo que algunos autores mencionan que, para el 2020, lo ideal sería que se mejorara la atención y la prestación de servicios a los pacientes (67). No obstante, en la actualidad es arriesgado pensar que se ha alcanzado la meta pronosticada por los anteriores autores.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Sensaciones y sentimientos de la pareja

Se observa que, del total de personas que respondieron esta pregunta, el mayor porcentaje corresponde a la pena que se tiene que compartir (62,1 %), en las opciones "muchísimo" y "mucho"; lo que menos sintieron las parejas fue el estado de coraje contra el cónyuge (79,8 %), en la opción "nada"; y no hubo ningún sentimiento de recelo hacia el cónyuge (74,9 %).

Por otra parte, en cuanto a los reactivos 1, 3 y 4 en las opciones de "muchísimo" y "mucho", al 42,6 % de los encuestados le produjo "un sentimiento profundo de disminución de la autoestima"; al 46,7 %, "un sentimiento de culpa"; y al 54,5 %, "un estado profundo de depresión, angustia o ansiedad".

El reactivo 7 describió, a través de los sustantivos utilizados por los encuestados al exponer su problema de infertilidad: tristeza, soledad, temor, miedo, vacío, envidia, frustración, desesperación, impotencia, desilusión, rebeldía, soledad, culpa, incompreensión, resignación, depresión, incertidumbre, ansiedad, aceptación, aislamiento, resentimiento, pena, celos, bronca, enojo, amargura, dolor, fracaso, presión, incompleta, inútil, rechazo, esperanza, desesperanza.

4.2. Sensaciones y sentimientos al dejar las CF

Aunque el 72 % advertía, con gran esperanza, la posibilidad del embarazo, un 79,2 % sabía que su problema de infertilidad no tenía fácil solución. Así, la esperanza y la desesperanza se entremezclan, como otros muchos sentimientos en estas parejas. Igualmente, casi 6 de cada 10 encuestados (58,8 %) tuvieron la sensación de estar totalmente en manos del médico especialista. El tema de ponerse en las manos del médico especialista debe ser profundizado, debido a las consecuencias tan variadas que puede implicar. Finalmente, la mitad de los que contestaron (51,9 %) tenía la impresión de que la cita con el especialista sería una más que no daría solución a su problema.

4.3. Información sobre los embriones producidos durante el proceso

Los resultados muestran que casi la mitad de los que respondieron no fueron informados sobre estas nociones básicas en relación con los embriones. Los porcentajes de desinformación oscilan entre el 37 y el 50 %. Cabe resaltar las res-

puestas afirmativas de los reactivos 1, 2, 3 y 4, pues estos muestran que sí fueron informados con respecto a la producción de embriones en cuanto a que estos no son solo células, además de la cantidad de embriones que se producirían y los que serían transferidos al útero. Sin embargo, las respuestas negativas se incrementan en los reactivos 5 y 6 en relación con el número de embriones que se congelarían y su destino final. Esto se puede interpretar como una pequeña deficiencia en la información recibida, pero que podría haber resultado fundamental para que la pareja tomara una decisión informada y responsable.

4.4. Ayuda o asesoría que las parejas reciben para enfrentar sus sentimientos y sensaciones

En primer lugar, se observa que el 84,2 % de los encuestados no recibieron ayuda (64,2 %) o poca ayuda (20 %) para hacer frente a sus sentimientos personales experimentados, entre estos, la culpa, la ansiedad o la depresión. Asimismo, es significativo que el 88,9 % no recibiera ayuda (67,7 %) o poca (21,2 %) para afrontar psicológicamente el fracaso de la técnica.

Por otro lado, en los reactivos 2, 3 y 4 de la pregunta 46, el 86,4 % de los encuestados no obtuvo ningún tipo de asesoría (71 %) o poca (15,4 %) para afrontar la situación en pareja. Estos porcentajes son parecidos a los de los que no recibieron ayuda, o recibieron poca, para afrontar en pareja a la familia (87,2 %) o para solventar las situaciones con la sociedad (89,3 %).

4.5. Grado de satisfacción que recibieron los encuestados sobre la ayuda recibida

En analogía con el apartado anterior y con una pregunta parecida, sobresale el alto porcentaje de parejas que recibieron una asesoría incompleta e inadecuada; este oscila entre el 50 y el 60 %. Si a este porcentaje se le suma el de "una asesoría medianamente completa y adecuada", el porcentaje supera el 80 % en la mayoría de los casos.

Los resultados presentan, de nueva cuenta, dos rubros: en primer lugar, el manejo de los propios sentimientos, así como de los posibles cuadros de depresión o angustia al atravesar el proceso; y, en segundo lugar, los modos o estrategias para afrontar el tema con el propio cónyuge, la familia y la sociedad en general. Esto refleja que la asesoría brindada es deficiente, pues deja a las parejas con una sensación de confusión y desconocimiento; ello, además, puede

influir en los sentimientos de angustia, tristeza, etc., que se reflejaron en las respuestas analizadas.

Los datos de los dos últimos apartados sobre la asesoría son muy significativos y ponen de relieve la necesidad de ser profundizados; esto, a fin de encontrar soluciones para que las parejas puedan recibir ayuda al afrontar su vivencia de la infertilidad y, en especial, de sus sensaciones y sentimientos.

5. CONCLUSIONES

A lo largo del presente artículo, mediante los datos cuantitativos, los testimonios y la bibliografía analizada, se pone de manifiesto el papel fundamental de la asesoría que deberían recibir las parejas para hacer frente a sus sentimientos. Existe un cierto consenso al considerar que la dificultad para tener hijos supone una de las situaciones más estresantes a las que tiene que hacer frente la pareja en relación con su proyecto vital. Esta se ve afectada a nivel individual, en la relación de pareja, en el núcleo familiar y a nivel social.

El papel que juega el personal de salud que participa en los TRA es fundamental, pues esto impacta considerablemente en la psique de las parejas. Se pone de manifiesto, a través de la bibliografía consultada y referida, que la ayuda que se ofrece en las CF va más dirigida a que las mujeres no abandonen los tratamientos o a que se exploren las razones por las que, en efecto, los dejan. Se observa, también, que los estudios de campo publicados, cuantitativos y cualitativos, tienen mayormente la misma finalidad. De esta manera, se advierte un vacío en cuanto al ofrecimiento de una ayuda integral a las parejas, de modo que se abarquen las dimensiones física, psíquica, relacional, social y espiritual. Se corroboró, a través de la revisión de la literatura, que la asesoría ofrecida en las CF no siempre es completa y/o adecuada.

Ante el problema descrito, es necesario que la ayuda y la información brindadas a las parejas en las CF tengan en cuenta a la persona en todas sus dimensiones y vayan acompañadas de un proceso de claridad y transparencia con respecto a las distintas fases del tratamiento, sus riesgos y beneficios. Aunado a esto, deben considerarse los pasos a seguir, donde se incluya información concerniente al número de embriones a producir, los que se han de implantar y las probabilidades de éxito de dichos procedimientos. Dicha ayuda, además, debe ofrecerse antes, durante y después del proceso, a través de la intervención de los especialistas en el área de la salud reproductiva. La veracidad de la información que se debe proporcionar pone de manifiesto otro gran tema que debería de ser tratado, esto es, el adecuado

proceso de consentimiento informado que debe culminar con la aceptación o el rechazo por parte de la pareja frente al tratamiento ofertado.

Igualmente, se observó que estos procedimientos desencadenan una variedad de sensaciones y sentimientos, en su mayoría negativos, que pueden tener serias repercusiones en las personas y la pareja; ello, además de los sentimientos y sensaciones que promueven la desinformación o lo inadecuado de esta, provocan afectaciones importantes en las personas.

El problema de la infertilidad aún representa un problema complejo con muchas aristas, lo que lo convierte en un tema esencialmente interdisciplinar. No es únicamente un aspecto que afecte la corporeidad de las parejas, sino que trasciende a todos los ámbitos de su vida y a todas las dimensiones de su persona. La infertilidad, por ende, debe seguirse estudiando a la luz de la visión integral de la persona.

Uno de los aspectos más relevantes de este estudio versa sobre la sensación de cosificación que perciben las mujeres que se someten a estos procedimientos, lo que denota un descuido en el mencionado tratamiento integral. Por esto, se estima conveniente considerar a la persona como una unidad de cuerpo y espíritu: no solo los aspectos materiales del problema de la infertilidad, sino las dimensiones psicológica, familiar, social y espiritual, a nivel individual y en pareja. Asimismo, se recomienda continuar con los estudios sobre el tema de los sentimientos experimentados por las parejas; esto, con el fin de profundizar las estrategias de acompañamiento integral para quienes deciden buscar estos tratamientos en las CF.

Es recomendable pensar en una estrategia para las parejas con problemas de fertilidad que no tienen acceso a médicos especialistas y, menos aún, a los diferentes tratamientos. Como se apuntó, en la mayoría de los países de América Latina el número de parejas que acuden a una clínica es mucho menor que la misma cifra en países europeos, pues este tipo de tratamientos no son cubiertos por la seguridad social.

Los resultados de los datos cuantitativos y las narraciones evidenciaron que más del 80 % no recibe ayuda, o recibe muy poca, para afrontar las sensaciones y los sentimientos que afectan a la pareja con problemas de fertilidad. Desde que comienzan a percibir su problema, experimentan incertidumbre, culpa, temor, ansiedad, tristeza, desmotivación, baja autoestima, envidia, celos de las parejas fértiles, angustia y desesperanza; esto, además de sentirse cosificados o degradados en su dignidad humana.

6. REFERENCIAS

1. Ramírez A, Cala F, Fajardo D. Factores causales de infertilidad. *Revista Información Científica*. 2019; 98(2).
2. Torres-Trejo J, Conde S, Jiménez L. Hipotiroidismo asociado con infertilidad en mujeres en edad reproductiva. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2020; 88(05).
3. Morales N, Hernández L, Lafuente M. Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria. *Medimay*. 2019; 26(1).
4. Peñarrubia J, García-Velasco J, Landeras J. Modelos predictivos en reproducción asistida: revisión sistemática y análisis crítico. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*. 2019; 6(2-3).
5. Cabrera A. *Infertilidad, laberinto con salida: pautas para una decisión*. Primera edición ed. México: Universidad Anáhuac México; 2017.
6. Moreno C. *Infertilidad y Psicología de la Reproducción*. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29(2).
7. Moreno C, Díaz D. La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y estrés*. 2009; 15(1).
8. Cabrera A. *La atención integral a las personas con problemas de fertilidad: Estudio de campo realizado en México 2011: Ateneo Pontificio Regina Apostolorum*; 2011.
9. González A. *Subfecundidad e infertilidad en mujeres mexicanas*. *Papeles de población*. 2006; 12(50).
10. Walker E, Fernández P, Suárez L. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*. [Online].; 2010. Available from: http://www.crimunammx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2007/A.
11. Cabrera A, Kuri M, Valdez P, García E. Tasas de éxito en clínicas de fertilidad. *Revista de Medicina y Ética*. 2020; 31(2).
12. Cabrera A. *Validación de un modelo integral sobre la problemática de infertilidad de la pareja, como resultado de una propuesta metodológica*. Huixquilucan. Universidad Anáhuac México. México; 2020.
13. Izzedin-Bouquet R. *Psicología de la reproducción: de la infertilidad a la reproducción asistida*. *Revista Científica Ciencia Médica*. 2011; 14(2).

14. Bello K, Batista Y. Infertilidad femenina y modos de subjetivación: cuando el yo se percibe fallido. Integración Académica en Psicología. 2019; 7(21).
15. Moreno C, Arnal B, Antequera R, Ramírez I. Ansiedad y bienestar psicológico de la pareja en la transición a la paternidad. Clínica y Salud. 2016; 27(1).
16. Veiga M, Puccio M, Tamburelli V. ¿ Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad. Reproducción. 2013; 28(3).
17. Carrasco A. Aspectos psicológicos relacionados con la reproducción asistida: de la fecundación *in vitro* hasta la donación de gametos Granada: Universidad de Granada; 2020.
18. Díaz Z, García D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. Revista Cubana de salud pública. 2011; 37.
19. Cunningham N, Cunningham T. Women's experiences of infertility-towards a relational model of care. Journal of clinical nursing. 2013; 22(23-24).
20. Hasanbeigi F, Zandi M, Vanaki Z, Kazemnejad A. Investigating the problems and needs of infertile patients referring to assisted reproduction centers: a review study. Evidence Based Care. 2017; 7(3).
21. Yovich J, Ye Y, Regan S, Keane K. The evolving concept of poor-prognosis for women undertaking IVF and the notion of growth hormone as an adjuvant; a single-centre viewpoint. Frontiers in Endocrinology. 2019; 10.
22. Doshi M, Singh R, Sawankar S, Hinduja R. Poor ovarian reserve. ISAR's. 2018; 42.
23. Keane K, Ye Y, Hinchliffe P, Regan S, Dhaliwal S, Yovich J. Live birth outcomes of vitrified embryos generated under growth hormone stimulation are improved for women categorized as poor-prognosis. Clinical and experimental reproductive medicine. 2019; 46(4).
24. Maroufizadeh S, Ghaheri A, Almasi-Hashiani A, M M, B N, Ezabadi Z. The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. Middle East Fertility Society Journal. 2018; 23(2).
25. Malina A, Blaszkiewicz A, Owczarż U. Psychosocial aspects of infertility and its treatment. Ginekologia Polska. 2016; 87(7).
26. Romeiro J, Caldeira S, Brady V, Timmins F, Hall J. Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. Journal of clinical nursing. 2017; 26(23-24).

27. Caldeira S, Romeiro J, Martins H, Casaleiro T. The therapeutic dimension of research about spirituality: Particularities of cancer, mental health and infertility. *Nursing Forum*. 2019; 54(4).
28. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? a systematic literature review. *Patient Education and Counseling*. 2015; 98(11).
29. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliative Medicine*. 2016; 30(4).
30. Boivin J, Gameiro S. Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertil Steril*. 2015; 04(2).
31. Moura M, Gameiro S, Canavarro M, Soares I, Almeida-Santos T. Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? the mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology*. 2016; 21(2).
32. Dembinska AA. Psychological determinants of life satisfaction in women undergoing infertility treatment. *Health Psychology Report*. 2016; 4(2).
33. Santa D, Caparros R, Garcia J. Hair cortisol as a new biomarker of underlying chronic stress, anxiety and depression in infertility: a pilot study. *Fertility and Sterility*. 2019; 112(3).
34. Santa DC, Agudo D. Impact of underlying stress in infertility. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2020; 32(3).
35. Purewal S, Chapman S, van den Akker O. Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: a meta-analysis. *Reproductive biomedicine online*. 2018; 36(6).
36. Purewal S, Chapman S, van den Akker O. A systematic review and meta-analysis of psychological predictors of successful assisted reproductive technologies. *BMC research notes*. 2017; 10(1).
37. Gabnai-Nagy E, Bugan A, Bodnar B, Papp G, Nagy B. Association between Emotional State Changes in Infertile Couples and Outcome of Fertility Treatment. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*. 2020; 80(2).
38. Petok W. Infertility counseling (or the lack thereof) of the forgotten male partner. *Fertility and Sterility*. 2015; 104(2).
39. Niederberger C. Re: infertility counseling (or the lack thereof) of the forgotten male partner. *Journal of Urology*. 2016; 195(4P1).

40. Mikkelsen AT, Madsen SA, Humaidan P. Psychological aspects of male fertility treatment. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; 69(9).
41. Hanna E, Gough B. Experiencing male infertility: A review of the qualitative research literature. *Sage Open*. 2015; 5(4).
42. Dooley M, Dineen T, Sarma K, Nolan A. The psychological impact of infertility and fertility treatment on the male partner. *Hum Fertil (Camb)*. 2014; 17(3).
43. Dooley M, Nolan A, Sarma KM. The psychological impact of male factor infertility and fertility treatment on men: a qualitative study. *The Irish Journal of Psychology*. 2011; 32(1-2).
44. Valoriani V, Lotti F, Lari D, Miccinesi G, Vaiani S, Vanni C, *et al*. Differences in psychophysical well-being and signs of depression in couples undergoing their first consultation for assisted reproduction technology (ART): an Italian pilot study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016; 197.
45. Babore A, Stuppia L, Trumello C, Candelori C, Antonucci I. Male factor infertility and lack of openness about infertility as risk factors for depressive symptoms in males undergoing assisted reproductive technology treatment in Italy. *Fertility and sterility*. 2017; 107(4).
46. Furman I, Parra L, Fuentes A, Devoto L. Men's participation in psychological counseling services offered during in vitro fertilization treatments. *Fertility and Sterility*. 2010; 94(4).
47. Hanna E, Gough B. The impact of infertility on men's work and finances: findings from a qualitative questionnaire study. *Gender Work and Organization*. 2019.
48. Veloso M, Basto M, Pedro J, Peterson B, Almeida V, Schmidt L, *et al*. Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. *Human Reproduction Update*. 2016; 22(4).
49. O'Donnell E. Making room for men in infertility counseling. *Journal of Family Practice*. 2007; 5.
50. Richard J, Badillo-Amberg I, Zekowitz P. "So much of this story could be me": men's use of support in online infertility discussion boards. *American journal of men's health*. 2017; 11(3).
51. Luk B, Loke A. The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther*. 2015; 41(6).

52. Donkor ES, Naab F, Kussiwaah DY. "I am anxious and desperate": psychological experiences of women with infertility in The Greater Accra Region, Ghana. *Fertility Research and Practice*. 2017; 3.
53. Gameiro S, Finnigan A. Long-term adjustment to unmet parenthood goals following ART: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*. 2017; 23(3).
54. Nachinab Ge, Donkor E, Naab F. Perceived Barriers of Child Adoption: A Qualitative Study among Women with Infertility in Northern Ghana. *Biomed Research International*. 2019.
55. Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak C. Why do couples stop fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction*. 2012; 18(6).
56. Hammer K. Addressing the Needs of Fertility Treatment Patients and Their Partners: Are They Informed of and Do They Receive Mental Health Services? *Obstetrics and Gynecology*. 2017; 130(2).
57. Pasch LA, Holley SR, Bleil ME, Shehab D, Katz PP, Adler NE. Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertility and Sterility*. 2016; 106(1).
58. Hoff H, Crawford N, Mersereau J. Mental health disorders in infertile women: prevalence, perceived effect on fertility, and willingness for treatment for anxiety and depression. *Fertility and Sterility*. 2015; 104(3).
59. Maxwell E, Mathews M, Mulay S. The impact of access barriers on fertility treatment decision making: a qualitative study from the perspectives of patients and service providers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018; 40(3).
60. Boivin J. How does stress, depression and anxiety affect patients undergoing treatment? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2019; 31(3).
61. Daniluk J, Koert E. Fertility awareness online: the efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs. *Human Reproduction*. 2015; 30(2).
62. Delbaere I, Verbiest S, Tydén T. Knowledge about the impact of age on fertility: a brief review. *Uppsala Journal of Medical Sciences*. 2020; 125(2).

63. Brochu F, Robins S, Miner S, Grunberg P, Chan PLK. Searching the Internet for Infertility Information: A Survey of Patient Needs and Preferences. *Journal of Medical Internet Research*. 2019; 21(12).
64. Ford E, SD R, EA M, EL B, Sutherland J. The association between reproductive health smartphone applications and fertility knowledge of Australian women. *BMC women's health*. 2020; 20(1).
65. Hvidman H, Petersen K, Larsen E, KT M, Pinborg A, Nyboe Andersen A. Individual fertility assessment and pro-fertility counselling; should this be offered to women and men of reproductive age? *Human Reproduction*. 2015; 31(1).
66. Gameiro S, Boivin J, Dancet E, de Klerk C, Emery M, Lewis-Jones C. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human Reproduction*. 2015; 30(11).
67. Gameiro S, Boivin J, Domar A. Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff. *Fertility and Sterility*. 2013; 100(2).