

## ABORDAJE BIOPSIKOSOCIAL EN TERAPIAS DE PAREJA DE PACIENTES CON AZOOSPERMIA

*Biopsychosocial approach in partner therapies of patients with azoospermia*

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/PH0129>

**Delia Narcisca Crespo Antepara<sup>1\*</sup>**

<https://orcid.org/0000-0002-5287-5074>

[deliacrespo57@hotmail.com](mailto:deliacrespo57@hotmail.com)

**Recibido:** 12 noviembre 2021/ **Aprobado:** 28 marzo 2022

### RESUMEN

La azoospermia afecta al 1% de los hombres, y la incidencia en las parejas subfértiles ha sido reportada hasta en un 10%- 15%. Es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2009 como un problema de salud de grandes proporciones pues afecta entre un 8 y 12% de las parejas en edad reproductiva de manera biopsicosocial. El objetivo de esta investigación fue describir el abordaje biopsicosocial en los pacientes con azoospermia y la influencia en el desarrollo de una crisis familiar. Metodológicamente, esta pesquisa responde a un estudio documental descriptivo, de corte transversal, con una revisión sistemática de información específica con base a los descriptores relacionados con el tema. Como resultado es importante abordar un problema de índole mundial que afecta la reproducción humana; donde se requiere orientación para modificar la postura pasiva del individuo por una actitud más activa que le permita una mayor participación en el proceso de toma de decisiones, y genere control emocional de la situación. En conclusión, el espectacular desarrollo que ha vivido en los últimos años el campo de la fertilización asistida ha abierto la puerta a nuevas situaciones anteriormente invisibilizadas por estar centrados únicamente en revertir la incapacidad procreadora.

**Palabras clave:** Abordaje biopsicosocial, pacientes, azoospermia, terapias de pareja producción.

1. Universidad de Guayaquil (UG), Ecuador
  - Autor de correspondencia: [deliacrespo57@hotmail.com](mailto:deliacrespo57@hotmail.com)

## ABSTRACT

Azoospermia affects 1% of men, and the incidence in sub-fertile couples has been reported up to 10%-15%. It has been considered by the World Health Organization (WHO) since 2009 as a major health problem, affecting between 8 and 12% of couples of reproductive age in a biopsychosocial manner. The aim of this research was to describe the biopsychosocial approach in patients with azoospermia and the influence on the development of a family crisis. Methodologically, this research responds to a descriptive, cross-sectional documentary study, with a systematic review of specific information based on the descriptors related to the topic. As a result, it is important to address a global problem affecting human reproduction; where guidance is required to modify the passive posture of the individual by a more active attitude that allows greater participation in the decision-making process, and generate emotional control of the situation. In conclusion, the spectacular development that has lived in recent years the field of assisted fertilization has opened the door to new situations previously invisible because they are focused solely on reversing the reproductive disability.

**Keywords:** Biopsychosocial approach, patients, azoospermia, partner therapies

## INTRODUCCIÓN

La azoospermia es la ausencia total de esperma (semen) en el fluido eyaculado durante el orgasmo. Es también catalogada como síndrome del varón 46 XX o síndrome De la Chapelle y tiene una tasa de incidencia de 1 caso por cada 20,000 nacidos vivos masculinos, (Téllez, 2021). Es considerada como el resultado de una obstrucción en el conducto reproductivo o la inadecuada producción de esperma, que puede ser la causa de la infertilidad en el hombre. (Burns, 2005).

La infertilidad o esterilidad es un motivo de consulta poco frecuente, que merece ser estudiado con especial atención. La azoospermia se encuentra en el 1% de los hombres y la tasa de incidencia en las parejas sub-fértiles ha sido reportada hasta en un 10%- 15%. Es a través de una historia clínica detallada que permite la orientación y hallazgos de un porcentaje elevado de casos hacia el posible origen de dicha esterilidad. Es preciso tener en cuenta a las causas obstructivas que la derivan, que deben ser investigadas de modo exhaustivo, porque en muchos casos la intervención quirúrgica es factible. Actualmente la ausencia de espermatozoides en el semen tiene un enfoque andrológico, (Burns, 2005).

El andrólogo estima ahora la posibilidad real de formar un preembrión introduciendo un espermatozoide en el ovoplasma de un ovocito en metafase II, lo que ha exigido un cambio de actitud ante el paciente azoospérmico. Por otra parte

la Reproducción Asistida (FIV-ICSI) no cura la causa, el hombre sigue siendo estéril, pero genera una oportunidad de tener hijos genéticos propios y sanos, es por ello que el término azoospermia abarca múltiples situaciones distintas, (Capitán; Cabrera, 2001). En los últimos años las técnicas en reproducción asistida se han orientado hacia el tratamiento del hombre infértil. Con la aparición de la inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI) se ha incrementado de manera significativa la fertilización y tasas de embarazo en pacientes con severo compromiso en la calidad del esperma. El éxito de criopreservar espermatozoides no eyaculados, ha sido reportado en pacientes con azoospermia no obstructivas, (Capitán; Cabrera, 2001).

Diferentes técnicas quirúrgicas para la obtención de espermatozoides han sido utilizadas, siendo las biopsias de testículo a cielo abierto (TESE); la técnica estándar, además se describen otras alternativas como la aspiración percutánea de epidídimo con aguja (PESA), o la aspiración percutánea de testículo con aguja (TESA), o la aspiración microscópica de espermatozoide de epidídimo (MESA) Romero y colaboradores reportaron fertilización con espermatozoides testiculares congelados y posteriormente; Hovatta y col describieron un embarazo logrado con ICSI utilizando espermatozoides testiculares congelados, (Borras, 2013).

La realización de biopsia testicular en pacientes con azoospermia no obstructiva, es cada día más utilizada, no solo para el diagnóstico, sino también para tratamiento; usualmente, estos pacientes tienen testículos pequeños y son sometidos de manera repetida a biopsias, lo que lleva a una disminución progresiva, tanto del tamaño como de la función testicular. Varios estudios han reportado que 41% - 58% de hombres con azoospermia no obstructiva, tienen espermatozoides presentes después de biopsias diagnósticas testiculares abiertas (TESE). Reportamos el análisis retrospectivo de pacientes con azoospermia, a quienes se les realiza la toma de biopsias testiculares a cielo abierto con propósitos diagnósticos y terapéuticos (Kayas Kizilkaya; Aydi; Hassa, 2016).

Ahora bien, el afrontamiento a la crisis también alcanza diferentes formas. Será adecuado cuando se acometen cambios constructivos que contribuyen al ajuste de roles, flexibilización de las normas y solicitud de apoyo. Si no se hace una correcta reestructuración de la situación problemática, se considerará un afrontamiento no adecuado. Los recursos para afrontar la situación pueden partir de la propia familia (grado de unión que tengan sus miembros para juntos, encontrar soluciones a problemas comunes; el afecto que se profesan entre sí, el propio apoyo que brinda la familia) o llegar desde afuera del grupo familiar (las experiencias de otras personas, las acciones de los servicios médicos especializados que existen en la comunidad entre otros aspectos), (Brugo; Chillik y Kopelman, 2003).

También deben tenerse en cuenta los recursos personales de cada miembro de la pareja y los de la propia pareja en conjunto, la solidez y estabilidad de las relaciones de la misma, el nivel de comprensión entre ambos, la seguridad y el apoyo que se brindan, el bienestar psicológico, la inteligencia, las características de personalidad de cada uno de los miembros. Todos estos aspectos influyen en el afrontamiento a la crisis (Brugo; Chillik y Kopelman, 2003).

En términos generales, la infertilidad debe entenderse como un problema de ambos miembros de la pareja, no como una dificultad de uno de ellos. En el abordaje del tratamiento debe contemplarse a la pareja como una unidad y en la medida de lo posible implicar al hombre en todo el proceso, aunque en la mayoría de los casos el peso del tratamiento recaiga sobre la mujer.

El presente trabajo tiene como objetivo describir abordaje biopsicosocial en los pacientes con azoospermia y la influencia en el desarrollo de una crisis familiar que se reconocen ante el diagnóstico de infertilidad, desde la óptica de las parejas, para lo que se precisan sentimientos de responsabilidad ante este dictamen, así como respuesta inmediata ante el mismo. Consiste en un estudio documental, descriptivo, de corte transversal, tipo revisión sistemática donde se incluyeron estudios con datos específicos de pacientes con azoospermia en bases de datos electrónicas cuyas fuentes son Scielo, Mediplus, y documentos en línea específicos.

## DESARROLLO

Existe una Clasificación Internacional del Funcionamiento del cuerpo humano, de la Discapacidad y de la Salud conocida como CIF. Como principal objetivo principal establece la unificación y estandarización del lenguaje, con la concepción de un marco conceptual para la descripción de la salud. En líneas generales se puede conceptualizar al funcionamiento como un término global, que refiere todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; por el contrario, cuando se trata de la discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación (OMS/OPS, 2001; OMS, 2010).

Dicha clasificación define a los componentes o dominios de la salud y algunos componentes "relacionados con la salud" del "bienestar" (tales como educación, trabajo, etc.). Estos dominios son descritos desde la perspectiva corporal, individual y mediante las Funciones-Estructuras Corporales y las Actividades-Participación (OMS/OPS, 2001).

Como clasificación, la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (ej. lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). La CIF también incluye enumera Factores Ambientales que interactúan y es de gran utilidad porque permite la elaboración de un perfil sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del

individuo en varios dominios, (OMS/OPS, 2001). En el numeral b660 se presenta como una función de discapacidad asociada a la fertilidad, específicamente como una deficiencia.

Varios investigadores han realizado estudios sobre la baja calidad del semen en humanos, la razón es descubrir los factores de riesgos para que se genere la azoospermia, entre los cuales se señalan el índice de masa corporal (IMC), (Erel, 2009), fumar cigarrillos, ingesta de alcohol, dieta, actividad física, uso del celular y la duración del sueño (Mikkelsen *et al.*, 2016 ; Sharma *et al.*, 2016; Gaskins *et al.*, 2015; Shi *et al.*, 2018).

En ese mismo orden de ideas, se han encontrado diversos estudios donde se establece la relación de los parámetros que identifican la calidad del semen humano como lo son volumen, densidad, motilidad y morfología asociados con factores demográficos y de estilos de vida; por otra parte y siguiendo este hilo se puede reflejar que otros estudios tratan sobre la fragmentación del ADN espermático y la aneuploidia espermática tal como lo señalan los investigadores Bandel *et al.*, (2015); Yang *et al.*, (2015); Shi *et al.*, (2018). Sin embargo, han sido Shi *et al.*, (2018) quienes se han abocado a investigar sobre la relación de los diferentes aspectos de las funciones espermáticas y los factores demográficos y estilos de vida.

Y es que la importancia de este tipo de estudios radica en un problema de índole mundial y que afecta la consecución de la reproducción humana. Se estima que la infertilidad es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2009 como un problema de salud de grandes proporciones pues afecta entre un 8 y 12% de las parejas en edad reproductiva (Céspedes y Correa, 2021). Entre las causas de infertilidad se hace referencia a la azoospermia. Antes de abordar la investigación como tal referente a este tema de importancia para el desarrollo humano es preciso conceptualizar y definir que es la azoospermia.

### **Definición de Azoospermia**

El término aspermia se refiere al eyaculado total, mientras la palabra azoospermia hace mención a los espermatozoides. Entonces, cuando el volumen del semen es cero, se llama aspermia, así como cuando no hay espermatozoides en el eyaculado se hace referencia a la azoospermia. La oligozoospermia significa una concentración espermática reducida. La astenozoospermia es cuando hay baja motilidad (Teppa-Garrán y Palacios-Torres, 2021).

Cuando los espermatozoides presentan alteraciones en la forma, se utiliza el término teratozoospermia. La necrozoospermia se emplea cuando hay espermatozoides muertos. En general, la mayoría de los andrólogos utilizan combinaciones de estos términos. La OMS (2010), estableció que el semen normal tiene un volumen de 2 a 6 mL con más de 20 millones de espermatozoides por mL, la vitalidad mayor del 75%, la morfología normal superior al 30% y la

motilidad progresiva lenta que supere el 50% o la progresiva rápida mayor del 25% (Teppa-Garrán y Palacios-Torres, 2021).

### Tipos de Azoospermias

La azoospermia puede ser intermitente o permanente; reversible o definitiva; obstructiva, secretora o eyaculadora. La aneyaculación anterógrada se puede considerar como azoospermia obstructiva funcional dado que la producción espermática está conservada. Las azoospermias pueden ser a su vez tratables o sin tratamiento; y pueden ser causadas o no por alteración cromosómica o genética (Burin, 2008).

- **Azoospermia intermitente:** se presenta en unas eyaculaciones y en otras se observa un reducidísimo número de espermatozoides, apenas contables. Es un dato analítico útil pues permite casi asegurar que el día de la punción folicular, si no hubiese espermatozoides en el eyaculado, se conseguirían al hacer biopsia testicular. Otro aspecto importante de este tipo de azoospermia es que descarta la obstrucción completa bilateral de los conductos seminales. Las azoospermias etiquetadas de secretoras pueden mostrar en la práctica esta modalidad, (Burin, 2008).
- **Azoospermia reversible:** Es la debida a una causa transitoria: fiebre alta y prolongada, radioterapia, quimioterapia, algún antirretroviral empleado contra el SIDA como la hydreia, son algunos ejemplos (Burin, 2008).
- **Azoospermia obstructiva (AO):** Es la debida a obstrucción de la vía seminal, desde los conos eferentes hasta la desembocadura de los conductos eyaculadores en la uretra posterior (Burin, 2008).
- **Azoospermia secretora:** Es debida a la alteración de la espermatogénesis; y es consecuencia de una estimulación hormonal inadecuada y se sospecha por los antecedentes de criptorquidea, orquitis, traumatismos, radio o quimioterapia, (Burin, 2008). Las situaciones de azoospermia secretora son por causas pretesticulares o consecuencia de arrestos de la espermatogénesis, síndrome de sólo células Sertoli, hialinización testicular o hipoespermatogénesis severa (Teppa-Garrán y Palacios-Torres, 2004).
- **Azoospermia por alteración eyaculatoria:** Bajo la idea de que el hombre no expulsa espermatozoides se pueden equiparar la azoospermia con la aneyaculación y la eyaculación retrógrada. En la azoospermia el hombre expulsa semen sin espermatozoides; y en la aneyaculación/eyaculación retrógrada, no expulsa espermatozoides ni semen (Burin, 2008).
- **Azoospermia mixta:** Es la azoospermia debida a alteración de la espermatogénesis en un testículo y obstrucción del conducto seminal

contralateral; o déficit espermatogénico bilateral y obstrucción bilateral también de conductos seminales. Nos referimos a situaciones en las que la producción espermática si bien está disminuida, no justifica por sí sola, la azoospermia (Burin, 2008).

La oligozoospermia suele asociarse a alteraciones de la calidad seminal; es decir, astenozoospermia y teratozoospermia. Las formas más graves (menores a 5 millones de espermatozoides por mL), de origen idiopático, aunque en muchos casos se puede asociar a varicocele, infecciones, anticuerpos antispermatozoides, factores endocrinos, entre otros. En el caso de la astenozoospermia pura es asociada a defectos genéticos de la estructura del flagelo, como el síndrome de Kartagener, es la deficiencia motriz del espermatozoide y es la entidad observada con más frecuencia. Y la teratozoospermia es también un parámetro constante en los hallazgos en el espermatograma, entre las causas más comunes están el varicocele, las alteraciones citogenéticas y las gonadotoxinas (Teppa-Garrán y Palacios-Torres, 2004).

### **Evaluación de la azoospermia**

El análisis de semen es la primera prueba prescrita para el diagnóstico de la fertilidad masculina, que permite estudiar las características macroscópicas y microscópicas del semen, al igual que Proporciona información esencial sobre los parámetros convencionales del espermatozoide, la concentración de espermatozoides y la movilidad, viabilidad y morfología espermática (Morey-León, 2020).

Para determinar este tipo de problema relacionado con la poca calidad y cantidad de semen se sugiere realizar un espermatograma de infertilidad, en el cual es un método para coleccionar el espécimen de semen, se especifica el protocolo de su envío al laboratorio y se hace énfasis en la importancia del tiempo de abstinencia para aumentar el volumen espermático y el número de espermatozoides (Teppa-Garrán y Palacios-Torres, 2004).

Para la valoración del esperma se realiza la observación a nivel macroscópico para observar las características relacionadas al volumen, color, pH, licuefacción, viscosidad y olor del semen y estudios a nivel microscópico como la observación cualitativa y cuantitativa de los espermatozoides, el tiempo de aglutinación (cuando están vivos, unidos entre sí) o la agregación espermática (cuando están probablemente muertos, unidos a otras células y *debris*), así como la existencia de otras células, como leucocitos (Teppa-Garrán y Palacios-Torres, 2004).

También se debe considerar la concentración espermática. A nivel tecnológico comercial se usa el análisis de imágenes digitales de la cantidad, motilidad y características del movimiento de los gametos masculinos es el

análisis espermático asistido por computadora (CASA), que es la innovación del espermatograma tradicional (Teppa-Garrán y Palacios-Torres, 2004; Burin, 2008).

El denominador común de los estudios de los últimos años relacionados con el tema de fertilización es la importancia que se le da al rol del psicólogo de la reproducción. “para iniciar con un tratamiento la pareja debe someterse a una valoración integral, o sea se debe de realizar tanto el diagnóstico médico como el diagnóstico psicológico, como una forma de optimizar la efectividad del tratamiento a seguir” (Burns, 2005; Álvarez-Díaz, 2007; Corral-Ballesca, 2012).

Este rol se vuelve fundamental en el proceso de tratamiento teniendo en cuenta todos los factores antes destacados. Por lo general, los pacientes que asisten a una psicoterapia de apoyo, lo hacen luego de que el diagnóstico médico ya haya sido realizado y, en la mayoría de los casos, con los tratamientos iniciados, cargando con la sentencia de “usted no va a poder” (Arranz; Blum; Ito, 2001; Borrás, 2013).

### **Abordaje Psicológico**

En este aspecto, el psicólogo puede ser un excelente mediador entre paciente y médico que ayude a acomodar los roles entre ambos (Blicher, 2020). El ginecólogo posee el conocimiento científico sobre los tratamientos de reproducción asistida y sabe las probabilidades de éxito de las mismas, en función del diagnóstico y demás características del caso y por ello su actitud frente al paciente es activa, es decir, de ofrecimiento de las soluciones adecuadas al caso (Arranz, Blum y Ito, 2001).

El paciente es el receptor de la atención sanitaria por lo que, a veces, adopta un papel más pasivo que puede chocar con sus expectativas en torno a la relación con el médico. El psicólogo, en estos casos, puede orientar la modificación de esta postura pasiva por una actitud más activa que permita al paciente una mayor participación en el proceso de toma de decisiones, lo que aumentaría la sensación de control de la situación de infertilidad (Parada 2006; Álvarez Díaz; 2007; Blicher, 2020).

Una vez superada la etapa de diagnóstico, existen diferentes enfoques metodológicos a adoptar en el tratamiento psicológico paralelo al tratamiento médico. Uno de los que ha tenido los mejores resultados es el cognitivo conductual, el cual es explicado por el psicólogo argentino Gerardo Primero como breve y focalizado, orientado a aprender nuevas habilidades para enfrentar situaciones ansiógenas (Álvarez-Díaz, 2007; Barrios, Méndez, 2014; Blicher, 2020).

La infertilidad de acuerdo a la OMS como un problema de salud pública se debate si es un padecimiento o una enfermedad, puesto que entre el diez y el quince por ciento de la población mundial en edad reproductiva la padece, si es



enfermedad, entonces la reproducción asistida es el tratamiento para curarla, sí es un padecimiento se tienen que dar los lineamientos para su manejo en las instituciones del sector público. El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) atiende a estos casos de infertilidad con una óptica psicológica dado que su porcentaje y frecuencia son grandes. Se estima que el setenta por ciento de la población con infertilidad no requiere de atención psicológica antes de los ocho años de evolución del padecimiento, aunque el número de casos que requieren atención se incrementa paulatinamente (Integración Académica en Psicología, 2007; Carreño, Morales, Sánchez, Henales & Espíndola, 2007; Blicher, 2020).

Actualmente, se reconoce que la esfera afectiva y relacional se altera por la infertilidad, además de la conducta, por lo que se tiene que ampliar la atención psicológica de una forma integral para dar solución no solo a la salud física sino también a la psicológica debido a que la vida psíquica se desorganiza, se modifica, las reacciones psicológicas están acompañando los diagnósticos y tratamientos; las manifestaciones son agudas o crónicas, aunque no comprometen la vida, el grado de sufrimiento es elevado, los referentes del mundo afectivo que servían como protectores para contender con el miedo y la tristeza, no funcionan, envisten de una manera oportunista los cuestionamientos sobre la valía de la persona (Carreño, Sánchez, Morales, 2016)

Dentro del mundo psíquico no es posible diferenciar donde inicia lo físico, lo biológico y donde lo social, su expresión funciona como un todo, por momentos sobreponiéndose entre ellos, perdiendo sus fronteras, cualquier alteración o desajuste en una de las áreas repercute en las otras, en múltiples ocasiones el paciente pierde el rastro del origen del síntoma percibido o sentido que puede ser de origen físico, social o intrapsíquico (Carreño, Morales, Sánchez, Henales & Espíndola, 2007).

### **Abordaje Social**

La incorporación de paradigmas sociales; paternidad, maternidad, los roles de género, la valoración de la mujer y del hombre a partir de la reproducción, los preceptos éticos, morales, valores característicos de una sociedad que se manejan a diario, mediante la intersubjetividad, el lenguaje como expresión emocional, los gestos, las actitudes y las emociones y afectos son formas sociales con cargas afectivas, que crean una relación entre el mundo interior y el exterior, reflejados en lo intrapsíquico como principios rectores de la conducta humana. Todos estas formas o mandatos sociales son establecidos y construidos durante el proceso de desarrollo infantil, se afianzan y refinando en la adolescencia, y se consolidan en la vida adulta (Carreño, Sánchez, Morales, 2016; Blicher, 2020).

Entonces se genera una visión de una vida sin hijos, donde converge el manejo de la relación de pareja, las relaciones con la familia política, la adecuación y manejo de sentimientos de culpa y vergüenza por la infertilidad, en el proceso de afrontar la vida con un problema de infertilidad, entre otros, como los

económicos, políticos, culturales, religiosos. los preceptos sociales están relacionados con las representaciones mentales de ahí su complejidad para modificarlos, son expresados en la vida cotidiana y desde ese mundo exterior se nutren y fortalecen hasta llegar a presentarse como núcleo rector de la conducta. Es allí donde la psicoterapia interviene para revertir estos mandatos sociales de gran complejidad que son el origen del sufrimiento y dolor en las personas por la reproducción (Carreño, Sánchez, Morales, 2016; Blicher, 2020).

## CONCLUSIONES

El espectacular desarrollo que ha vivido en los últimos años el campo de la fertilización asistida ha abierto la puerta a nuevas situaciones anteriormente invisibilizadas por estar centrados únicamente en revertir la incapacidad procreadora. Como se ha sostenido a lo largo de toda la investigación, la infertilidad conlleva una amplia gama de sentimientos y emociones negativas respecto de la valía personal. La fantasías de un cuerpo deteriorado e incapaz, atentan no sólo contra el plan de vida personal y familiar que se ve truncado frente a la imposibilidad de concebir, sino que minan la confianza y ponen en jaque absolutamente todos los ámbitos de desarrollo del sujeto: laboral, social, familiar, individual.

Además está claro que una de las tantas palabras que definen a los tratamientos de fertilidad, y que no es menor, es “invasión”: del cuerpo, de la intimidad, del deseo, del placer, de la pareja. Ya nada puede estar librado al azar, a las ganas o a la espontaneidad del momento. Todo es medido, cuantificado, cronometrado y programado con el fin de lograr ese hijo tan deseado.

Esto demuestra que una buena práctica implica mucho más que buenos tratamientos médicos. Las estrategias de intervención psicológica y psicosocial son fundamentales, no solo para los casos con elevado nivel de estrés, sino para construir una idea real de la situación que se está viviendo y maximizar así los resultados de los tratamientos.

El psicólogo dentro del equipo de trabajo no solo cumplirá un rol asistencial y de sostén para la pareja, sino también para el equipo médico. Su rol será un puente por donde la información cruzara segura de un lado al otro: por un lado quitando los tecnicismos propios de la medicina para que la información pueda ser procesada y asimilada correctamente; por el otro haciéndole llegar al cuerpo médico las preocupaciones y pensamientos de la pareja.

La elaboración del duelo, la evaluación de posibles caminos a seguir, el trabajo con los miedos, las fantasías y los fantasmas; la ilustración de las implicaciones y los alcances de las técnicas a las cuales se someten; la aceptación y la puesta en acción de los recursos para la superación, son muestra de las variadas e irremplazables tareas que tiene para cumplir la Psicología de la

Reproducción en relación a la infertilidad (Fisher, J. R., & Hammarberg, K. 2012; Carreño, Sánchez, Morales 2016; Blicher, 2020).

Cabe destacar lo que refieren Carreño, Sánchez y Morales, (2016) sobre los cambios importantes que se producen por el tratamiento sobre infertilidad en la vida cotidiana, tales como ajustarse al control estricto de citas, coito programado, solicitud de permisos laborales o hasta el abandono de empleos, posponer la formación escolar, el alto costo económico, y el riesgo y temor que experimentan las personas ante intervenciones quirúrgicas, la dosificación de anestesia, frecuentes pruebas de laboratorio, seguimiento folicular, etc., lo que en muchos casos son el motivo de desistir (Fisher, J. R., & Hammarberg, K. 2012; Carreño, Sánchez, Morales, 2016; Blicher, 2020).

Los inconvenientes de reproducción afectan el estado emocional y la salud psicológica del individuo, que ameritan ser atendidas por la psicoterapia ya que pueden generar mayores problemas y cargas emocionales en la pareja, es por ello la importancia de generar información al respecto como estrategia de apoyo ante el desconocimiento del problema.

## REFERENCIAS

Álvarez Díaz, JA. (2007). Historia contemporánea: las técnicas complejas de reproducción asistida. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75(5):293-302. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/266866988\\_Historia\\_contemporanea\\_a\\_las\\_tecnicas\\_complejas\\_de\\_reproduccion\\_asistida](https://www.researchgate.net/publication/266866988_Historia_contemporanea_a_las_tecnicas_complejas_de_reproduccion_asistida)

Arranz Lara, L. Blum Grymberg, B. Ito Sugiyama, E. (2001) *Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Un enfoque cualitativo*. *Revista Salud Mental*; 24(5). Mexico. Recuperado de: [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/874](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/874)

Bandel I, Bungum M, Richtoff J, Malm J, Axelsson J, Pedersen HS, Ludwicki JK, Czaja K, Hernik A, Toft G, et al. (2015). No association between body mass index and sperm DNA integrity. *Hum Reprod*; 30(7):1704–1713. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25994665/>

Barrios Martínez, A, Méndez Rosado, L.. (2014). Enfoque de los principales factores causales en los trastornos reproductivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 40(2):246-257. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2014000200011&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2014000200011&script=sci_abstract)

- Brugo Olmedo S, Chillik C, Kopelman S (2003). *Definición y causas de la infertilidad*. Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología; 54(4): 227-48. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342003000400003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342003000400003)
- Borras S. (2013). Capítulo 23. Aspectos psicológicos En: Pagés G, Aller J. Infertilidad [Internet]. Caracas: Fertilab; Recuperado de: [http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/infertilidad/Fertilab\\_23\\_Aspectos\\_psicologicos.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/infertilidad/Fertilab_23_Aspectos_psicologicos.pdf)
- Blicher, J., (2020). Psicofertilidad: abordaje biopsicosocial en tratamiento de la fertilidad. Universidad de Belgrano-Buenos Aires-Argentina. Recuperado de: <http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/9347/Blicher.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Burin, M. (2008). *Las "fronteras de cristal" en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización*. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. Anuario de Psicología;39(1):75-86. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/970/97017401006.pdf>
- Burns, L.H. (2005). Psychological Changes in Infertility Patients. En Blicher, J. Psicofertilidad: Abordaje biopsicosocial en tratamiento de la fertilidad. Recuperado de: [http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/infertilidad/Fertilab\\_23\\_Aspectos\\_psicologicos.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/infertilidad/Fertilab_23_Aspectos_psicologicos.pdf)
- Capitán Jurado, M., Cabrera Vélez, R. (2001). La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante. Medifam, *Medifam*, 11(4), 61-77. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000400004&lng=es&tlng=es)
- Carreño M. J., Sánchez, B.C., Morales, C.F., (2016). Integración Académica en Psicología. La psicología y la infertilidad; una experiencia institucional para establecer una línea de investigación; 4(10). ISSN: 2007-5588. Recuperado de: <https://www.integracion-academica.org/attachments/article/120/06%20Psicologia%20Infertilidad%20-%20JCarre%C3%B1o%20CSanchez%20FMorales.pdf>
- Céspedes Pablo y Correa Eduardo (2021). Reproducción asistida en Chile: una mirada global para el desafío de ofrecer un acceso oportuno. [REV. MED. CLIN. CONDES-2021; 32(2): 189-195. Recuperado de: <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

- Corral J.M.; Balleca J.L. (2012). Varicocele: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Revisión. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*. 29(2). Recuperado de: <http://www.revistafertilidad.org/rif/vplus/arts/varicocele.pdf>
- Erel C.T. Senturk L.M. (2009). The impact of body mass index on assisted reproduction. *Curr Opin Obstet Gynecol.*; 21: 228-235. Recuperado de: [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?hl=en&volume=21&publication\\_year=2009&pages=228235&journal=Curr+Opin+Obstet+Gynecol&author=Erel+C.T.&author=Senturk+L.M.&title=The+impact+of+body+mass+index+on+assisted+reproduction](https://scholar.google.com/scholar_lookup?hl=en&volume=21&publication_year=2009&pages=228235&journal=Curr+Opin+Obstet+Gynecol&author=Erel+C.T.&author=Senturk+L.M.&title=The+impact+of+body+mass+index+on+assisted+reproduction)
- Fisher, J. R., & Hammarberg, K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian journal of andrology*, 14(1), 121–129. Recuperado de: <https://doi.org/10.1038/aja.2011.72>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3735147/>
- Gaskins AJ, Mendiola J, Afeiche M, Jorgensen N, Swan SH, Chavarro JE. 2015. Physical activity and television watching in relation to semen quality in young men. *Br J Sports Med*. 49(4):265–270. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23380634/>
- Parada Muñoz LM. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Diversitas* [Internet]. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982006000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000100011)
- Kaya Y, Kizilkaya Beji N, Aydin Y, Hassa H. (2016). The effect of health-promoting lifestyle education on the treatment of unexplained female infertility. 2016. *Eur J of Obst Gynecol Reprod Biol* [Internet]. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.10.050>
- Mikkelsen EM, Riis AH, Wise LA, Hatch EE, Rothman KJ, Cueto HT, Sorensen HT. (2016). Alcohol consumption and fecundability: prospective Danish cohort study. *BMJ*. 354:i4262. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4262>
- Morey-León, Gabriel et al. (2020). Caracterización de la calidad del semen en hombres atendidos en un centro de reproducción asistida en Guayaquil, Ecuador. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [online];37(2):292-296. Recuperado de: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4973>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1726-4642. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4973>.

- Sharma R, Harlev A, Agarwal A, Esteves SC. (2016b). Cigarette smoking and semen quality: a new meta-analysis examining the effect of the 2010 World Health Organization laboratory methods for the examination of human semen. *Eur Urol*; 70(4):635–645. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27113031/>
- Shi X, Shan Chan Carol Pui, Waters, Tarah Chi Ling, Leung Chan David Yiu & Li Tin-Chiu (2018) Lifestyle and demographic factors associated with human semen quality and sperm function, *Systems Biology in Reproductive Medicine*; 64:5:358-367. <https://doi.org/10.1080/19396368.2018.1491074>
- Teppa-Garrán, Alejandro D., & Palacios-Torres, Anselmo. (2004). Evaluación actual de la infertilidad masculina. *Investigación Clínica*; 45(4):355-370. Recuperado de: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332004000400008&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332004000400008&lng=es&tlng=es)
- Téllez-Velasco, Sergio, Salazar-López Ortiz, Carlos Gerardo, Flores-Soto, Oscar Enrique, Cuapio-Padilla, Pedro, & Salazar-Trujillo, José Carlos. (2021). Síndrome del varón 46 XX. Reporte de un caso. *Ginecología y obstetricia de México*; 89(2):176-181. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i2.4445>
- World Health Organization. (2010). WHO laboratory manual for the Examination and processing of human semen. Fifth Edition. Geneva: WHO Press. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44261>
- Yang H, Chen Q, Zhou N, Sun L, Bao H, Tan L, Chen H, Zhang G, Ling X, Huang L, et al. (2015). Lifestyles associated with human semen quality: results from MARHCS Cohort Study in Chongqing, China. *Medicine (Baltimore)*. 94(28):e1166. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4617091/>