



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**La incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja desde el
enfoque sistémico.**

AUTORA:

Astudillo Álvarez Diana Alejandra

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTOR:

Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette Mgs.

Guayaquil, Ecuador

5 de marzo del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Astudillo Álvarez Diana Alejandra**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. _____
Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 5 días del mes de marzo del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Astudillo Álvarez Diana Alejandra**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **La incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja desde el enfoque sistémico**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 5 días del mes de marzo del año 2026

AUTORA

f. _____

Astudillo Álvarez Diana Alejandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Astudillo Álvarez Diana Alejandra**

DECLARO QUE:

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja desde el enfoque sistémico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi/nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 5 del mes de marzo del año 2026

Guayaquil, a los 5 días del mes de marzo del año 2026

AUTORA

f. _____

Astudillo Álvarez Diana Alejandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO



TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

La incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja desde el enfoque sistémico

AUTORA:

Astudillo Alvarez Diana Alejandra

INFORME ELABORADO POR:

TUTORA

f. _____
Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette Mgs.

Guayaquil, a los 5 días del mes de marzo del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, le agradezco a Dios. Por su infinita paciencia, amor y consuelo.

A Carmen, mi mamá. Gracias por cuidar de mis sueños y por enseñarme que con esfuerzo y dedicación todo es posible.

A Marcelo, mi papá. Tu esfuerzo me ha permitido llegar hasta este momento. Gracias por apoyarme y por siempre priorizar mi bienestar y el de mis hermanos.

A Doménica y Diego, mis hermanos. Por sus abrazos y palabras de aliento. Gracias por sostenerme y por recordarme todos los días lo capaz que soy.

A mis amigos del colegio y de la universidad, especialmente a Valeria, Luis, Mónica, Amanda y Ana. Gracias por su empatía y lealtad.

A Luna y Balto, mis mascotas. Gracias por haberme acompañado en toda la carrera.

A mí, por ser valiente.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi familia y a mis amigos. Especialmente a Melita, mi mamá, por ser la primera persona en amarme y confiar en mí.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**Psic. Rodolfo Rojas Betancourt, Mgs.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA**

f. _____

**Psic. Carlota Álvarez Chaca, Mgs.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE
DE LA CARRERA**

f. _____

**Psic. María José Zoller A, Mgs.
OPONENTE**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del problema	6
Pregunta general:	7
Preguntas específicas:.....	7
Objetivo general:	7
Objetivos específicas:	7
Justificación	8
ANTECEDENTES	9
Nacional	9
Latinoamérica	9
Internacional	10
CAPITULO 1: LA INFERTILIDAD.....	13
Etimología.....	13
Definición	13
Infertilidad y esterilidad: ¿son lo mismo?.....	14
Tipos de Infertilidad	15
Causas	15
Protocolos internacionales: La Guía de la WHO	25
Infertilidad en Ecuador.....	30
CAPITULO 2: LA CRISIS EN EL SISTEMA DE PAREJA DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO.....	32
Definición de la pareja.....	32
La pareja como sistema relacional	32
Funcionamiento relacional	33
Aplicación de principios sistémicos.....	33
Ciclo vital de la pareja.....	34
Transiciones y adaptabilidad en el vínculo	35
Influencia del contexto y expectativas sociales	35
Miradas teóricas sobre la crisis en el sistema de pareja	36

Conceptualización de la crisis desde el enfoque sistémico	37
Crisis normativas en las parejas	38
Crisis paranormativas en el sistema de pareja	39
La infertilidad y su impacto en la pareja.....	40
La redefinición del proyecto de vida ante la infertilidad	40
CAPITULO 3: LA INCIDENCIA DE INFERTILIDAD EN LA DINÁMICA DE LA PAREJA.....	42
La estructura del sistema de pareja	42
Elementos que componen la estructura en el sistema de pareja	42
Conceptualización de la dinámica en la relación de pareja	44
Relación entre la estructura y la dinámica de la pareja	45
Dinámicas funcionales y disfuncionales en la relación de pareja	46
La incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja.....	49
Diversidad de respuestas frente a la infertilidad: más allá de los tratamientos médicos	51
CAPITULO 4: METODOLOGIA	53
Enfoque	53
Paradigma.....	53
Método	53
Técnicas de recolección de datos	53
Instrumentos.....	54
Muestra	54
Rigor ético	55
Operacionalización de variables	55
CAPITULO 5: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	57
CONCLUSIONES	75
LISTA DE REFERENCIAS.....	77
ANEXOS	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad vs Infertilidad en la Mujer	14
Tabla 2 Distribución de las causas de infertilidad por la OMS (2025)	16
Tabla 3 Factores causales de la infertilidad femenina	16
Tabla 4 Factores causales de la infertilidad masculina.....	17
Tabla 5 Teorías sobre la crisis en el sistema de pareja	37
Tabla 6 Elementos Estructurales del Sistema de Pareja	44
Tabla 7 Dinámicas Funcionales vs. Disfuncionales ante la Crisis.....	48
Tabla 8 Resultados de las entrevistas a parejas	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Esquema para el diagnóstico de la infertilidad (adaptado de la Guía para la Infertilidad de la OMS (2025)	28
--	----

RESUMEN

La infertilidad constituye una condición que afecta a un porcentaje significativo de la población y que, además de su dimensión médica, impacta la organización relacional de la pareja. El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja desde un enfoque sistémico, el cual comprende a la pareja como un sistema estructurado por límites, roles y normas que regulan su funcionamiento. La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo, enmarcado en el paradigma interpretativo. Las herramientas de recolección de datos incluyeron una revisión bibliográfica y la aplicación de entrevistas a parejas con sospechas o un diagnóstico confirmado de infertilidad. Los resultados evidencian que la infertilidad interfiere en el proyecto de vida compartido y genera modificaciones en la comunicación, la intimidad y la toma de decisiones. Asimismo, se identificó la influencia de las expectativas sociales y familiares en los significados que las parejas atribuyen a la experiencia y en su forma de afrontar la crisis paranormativa. Se concluye que es necesario estudiar la infertilidad más allá de su dimensión biomédica para comprenderla de manera integral.

Palabras claves: Infertilidad; Dinámica De Pareja, Enfoque Sistémico; Crisis Paranormativa; Proyecto De Vida.

ABSTRACT

Infertility is a condition that affects a significant percentage of population and, beyond its medical dimension, impacts the relational organization of couples. The present study aimed to analyze the incidence of infertility on couple dynamics from a systemic approach, which understands the couple as a system structured by roles, boundaries, and norms that regulate their functioning. The research was conducted under a qualitative approach within an interpretative paradigm. Data collection methods included a bibliographic review and semi-structured interviews with couples who had experienced suspected or confirmed infertility diagnosis. The findings indicate that infertility interferes with shared life project and generates modifications in communication, intimacy, and decision-making processes. Additionally, the influence of social and family expectations was identified in the meaning couples attribute to the experience and in the way they face this non-normative crisis. It is concluded that infertility should be examined beyond its biomedical dimension to achieve a comprehensive understanding of its relational implications.

Keywords: INFERTILITY; COUPLE DYNAMICS; SYSTEMIC APPROACH, NON-NORMATIVE CRISIS; LIFE PROJECT

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la World Health Organization (WHO, 2023), el 17.5% de la población global experimentará infertilidad en algún momento de sus vidas, posicionándola así, como la quinta discapacidad más severa a nivel global entre los jóvenes (Borumandnia et al., 2022). Se trata de una condición que afecta a personas de distintas regiones y países, sin discriminación alguna. Según un estudio realizado por la WHO (2025), la tasa de prevalencia de infertilidad por ingreso se distribuye en: 17.8% para países de ingresos económicos altos y 16.5% para países con ingresos económicos medios y bajos.

La mayoría de las parejas jóvenes, donde la mujer es menor de 40 años, logran el embarazo en el primer año de mantener relaciones sexuales frecuentes y sin protección, lo que sucede en más del 80% de los casos. No obstante, en casos de infertilidad prolongada superior a tres años, la tasa de concepción natural estimada para el año siguiente se reduce a un 25% (o menos) (National Health Service, 2023).

La infertilidad no se limita a un problema médico causado por estilos de vida poco saludables o disfunciones en el aparato reproductor masculino o femenino. También puede ser una experiencia dolorosa y llena de incertidumbre para muchas parejas que desean concebir, pero se encuentran con dificultades en el camino. La infertilidad aparece de forma abrupta en sus vidas e interroga su proyecto de parentalidad. Asimismo, genera cambios en la estructura y dinámica del sistema (la pareja), y afecta el estado de ánimo y la identidad de sus miembros. Con relación a esto, Parada (2006) menciona:

detrás de los problemas de infertilidad o de concepción se encuentra la situación concreta de hombres y mujeres que, con expectativas en la concepción, se enfrentan a la imposibilidad de conseguirla, lo que las lleva a una situación crítica que los confronta y los cuestiona. (párr. 6)

La infertilidad se convierte en una crisis que irrumpe en el bienestar psicológico, social y sexual de la pareja (Faiza et al., 2022). Según Borumandnia et al. (2022), aunque más de la mitad de los casos son de origen masculino, el estigma social recae mayoritariamente sobre la mujer, exponiéndola a riesgos que van desde el rechazo y la ansiedad hasta la violencia o el divorcio; e incluso su autoestima y la percepción de su cuerpo (Zayed & El-Hadidy, 2020). Esta presión es tan profunda que, en ciertos entornos, el miedo a ser señalado como “infértil” desincentiva el uso de anticonceptivos, ya que las personas se ven obligadas a demostrar su capacidad reproductiva a temprana edad. Finalmente, este panorama se agrava con el impacto económico, pues muchas familias enfrentan gastos importantes al intentar costear tratamientos que comprometen seriamente su estabilidad financiera (WHO, 2025).

A pesar de las implicaciones subjetivas, la mayoría de los estudios sobre la infertilidad solo abordan su dimensión médica, esto es: las causas, factores de riesgo y tratamientos. Por ello, el presente trabajo de titulación propone analizar la incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja desde un enfoque sistémico, observando así sus distintas repercusiones. Es importante recalcar que este trabajo no tiene el fin de generalizar la experiencia de las parejas con dificultades para concebir, sino conocer el significado que esta vivencia tiene para cada una y comprender cómo se manifiesta en su dinámica.

Desde el enfoque sistémico, la pareja se entiende como un sistema autónomo basado en ciertos límites, roles y normas. Dichos elementos forman parte de la estructura del sistema y configuran una determinada dinámica, es decir, el modo en que en sus miembros se relacionan entre sí y con otros sistemas relacionales. De la Espriella (2008) indica que “la pareja, en sí, es un sistema con estructura, organización, reglas, roles, etc., diferentes a las de la familia y, a su vez, que se relaciona con sistemas más amplios” (p. 177).

Esta investigación guarda correspondencia con el Dominio 5 de la respectiva universidad, el cual:

tiene un concepto articulador que se convierte en eje configurador de los sistemas conceptuales de las disciplinas científicas que están involucradas en su objeto de estudio y es la subjetividad. Entendemos la subjetividad como el proceso de construcción de sentido a lo largo de la vida, que involucra el aprendizaje, la cultura y la comunicación. (Universidad Católica Santiago de Guayaquil , s.f., párr. 4)

Al igual que este concepto, el enfoque sistémico reconoce que la pareja no es un sistema aislado, sino que se encuentra en sistemas más amplios. Por ello, para comprender la incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja, resulta necesario estudiar la influencia del sistema sociocultural y familiar en la percepción que la pareja construye sobre la infertilidad, la cual también define el modo en que sus miembros responden a la crisis.

El objetivo del Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 con el que se relaciona esta investigación es el objetivo 6 del Eje Social, cuyo propósito es “garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad” (Secretaría Nacional de Planificación, 2021). Este contempla distintas políticas y la que responde a la infertilidad es la 6.3, orientada a “fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva” (Secretaría Nacional de Planificación, 2021).

Asimismo, se enmarca en el Objetivo 3: Salud y Bienestar, de los objetivos de desarrollo sostenible. Sobre todo, con la meta 7: “Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales” (Naciones Unidas, 2020, párr. 10).

El capítulo 1 desarrolla el concepto de infertilidad, estableciendo su definición médica, criterios diagnósticos y diferencias con la esterilidad. Se describen sus tipos (primaria y secundaria), las causas femeninas, masculinas, mixtas e idiopáticas, y los principales tratamientos disponibles, incluyendo técnicas de reproducción asistida. Asimismo, se expone el enfoque

de la Organización Mundial de la Salud y se contextualiza la realidad de la infertilidad en Ecuador desde una perspectiva sanitaria y social.

El capítulo 2 aborda a la pareja como un sistema relacional dinámico, explicando su definición, funcionamiento, principios sistémicos y ciclo vital. Se analizan las crisis como procesos de desorganización que exigen reorganización del vínculo, distinguiendo entre crisis normativas (propias del desarrollo esperable) y crisis paranormativas (eventos inesperados). Por último, se define la infertilidad como una crisis paranormativa que impacta la estructura, comunicación y proyecto de vida de la pareja, considerando además la influencia de las expectativas sociales en la vivencia femenina y masculina del diagnóstico.

El capítulo 3 analiza cómo la infertilidad impacta la estructura dinámica del sistema de pareja desde el enfoque sistémico. Explica elementos estructurales (límites, reglas, roles y jerarquías), su relación con la comunicación y la adaptación, y distingue entre dinámicas funcionales (flexibles) y disfuncionales (rígidas). Se menciona también cómo la infertilidad tensiona la comunicación, la sexualidad, la distribución de roles y el proyecto de vida compartido, evidenciando patrones previos de funcionamiento. Finalmente, aborda las distintas respuestas posibles frente al diagnóstico, destacando que la incidencia depende de la flexibilidad estructural y la capacidad de reorganización del sistema.

El capítulo 4 describe el diseño metodológico de la investigación, la cual se enmarca en un enfoque cualitativo y un paradigma interpretativo, con un método descriptivo orientado a comprender los significados y cambios relacionales asociado a la infertilidad. Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica para el marco teórico y entrevistas semiestructuradas como técnica de recolección de datos, aplicadas a seis parejas con dificultades para concebir. Se detallan criterios de muestra, resguardos éticos y la operacionalización de las variables: dificultades para concebir, dinámica de pareja y crisis del sistema.

Planteamiento del problema

Según la WHO (2023), “1 de cada 6 en todo el mundo padece infertilidad, lo que demuestra la urgente necesidad de ampliar el acceso a servicios de fertilidad asequibles y de alta calidad para quienes los necesitan” (párr. 1, traducción propia). Pese a su magnitud, se trata de una condición que no recibe suficiente atención ni financiamiento por parte de los gobiernos, lo que impide que todas las parejas puedan recibir un diagnóstico e iniciar un tratamiento de fertilidad.

Asimismo, menciona que las políticas públicas podrían ayudar a mitigar las barreras económicas para acceder a tratamientos eficaces. La infertilidad es una condición que en la mayoría de los casos se puede prevenir, siendo necesario que los gobiernos implementen medidas para fomentar estilos de vida saludables, prevenir riesgos de abortos espontáneos e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otras conductas ligadas a la dificultad para concebir (WHO, 2025).

A lo largo de su desarrollo, la pareja atraviesa por distintos momentos, siendo algunos esperados y otros inesperados. Fernández et al. (2002) indican que estas situaciones conllevan cambios (crisis), las cuales, dependiendo de los recursos internos y externos de la pareja; así como del significado que sus miembros les otorgan, serán resueltas en menor tiempo y sin afectar significativamente el vínculo de la pareja. Dependiendo de su origen, se definen como crisis normativas o paranormativas, donde la infertilidad pertenece a este segundo grupo.

Uno de los fundamentos del enfoque sistémico es que todo sistema humano está en constante interacción con otros sistemas. De este modo, la pareja se concibe como un sistema que se relaciona con la cultura y la familia. Estos sistemas transmiten valores, normas y creencias que influyen en la identidad y la dinámica de la pareja.

Pese a los cambios sociales y culturales que se han presentado, la maternidad y la paternidad siguen considerándose las funciones principales de los hombres y las mujeres y, por consiguiente, de la pareja. Valencia y Ospina (2017) mencionan: “en muchos casos, se ve demandada socialmente

a engendrar hijos/as fruto de dicha relación”. A partir de esto, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cómo incide la infertilidad en la identidad de los miembros del sistema y su dinámica? Y ¿Qué papel juega la cultura y la familia en la experiencia de infertilidad?

Pregunta general:

¿Cómo incide la infertilidad en la dinámica de pareja desde el enfoque sistémico?

Preguntas específicas:

1. ¿Qué es la infertilidad?
2. ¿Qué es la dinámica de pareja?
3. ¿Cómo se manifiesta la infertilidad en la dinámica de pareja?

Objetivo general:

Analizar la incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja por medio de una revisión bibliográfica y la aplicación de entrevistas para conocer las implicaciones de esta condición en el sistema.

Objetivos específicos:

1. Definir la infertilidad por medio de una revisión bibliográfica
2. Definir la dinámica de pareja desde el enfoque sistémico por medio de una revisión bibliográfica.
3. Describir cómo se manifiesta la infertilidad en la dinámica de pareja por medio de una revisión bibliográfica y la aplicación de entrevistas a parejas con dificultades para concebir.

Justificación

Esta investigación permite entender la infertilidad más allá de su dimensión biológica. Desde la psicología, se conoce que las condiciones médicas no solo tienen implicaciones en el cuerpo, sino también en la identidad, el estado de ánimo y las relaciones del paciente. Por su parte, el enfoque sistémico, desde el cual se realiza el presente trabajo, considera que la infertilidad no sólo afecta al miembro que recibe el diagnóstico, sino también a la pareja como unidad vincular. La dificultad para concebir interfiere en su proyecto de vida y genera cambios en su estructura y dinámica.

En el ámbito social, esta investigación permite concientizar sobre las repercusiones de la infertilidad en la pareja. Conlleva un duelo que muchas veces no tiene reconocimiento social, ante la ausencia de un objeto concreto que despedir, lo cual deja a la pareja en un estado de vulnerabilidad por no tener referentes claros.

En el ámbito político, este trabajo permite comprender la importancia de crear e implementar medidas específicas para tratar la infertilidad. De acuerdo con la Constitución del Ecuador, la salud es un derecho. No obstante, en la actualidad no hay políticas que garanticen una atención gratuita y de calidad a las parejas con dificultades para concebir.

En el ámbito teórico, esta tesis enriquece el conjunto de literatura que aborda la infertilidad desde una mirada psicológica, principalmente sistémica.

Pese a que la infertilidad es un problema médico con causas y tratamientos específicos, hay que entender que a nivel subjetivo es una experiencia distinta para cada pareja. Comprender esto, permite abordar esta condición de manera integral.

ANTECEDENTES

Nacional

En el contexto nacional, Veintimilla (2013) en el trabajo titulado “Estudio de los efectos de la infertilidad primaria en las relaciones de parejas tratadas en el Centro Ecuatoriano de Reproducción Humana”, exploró la relación entre la infertilidad primaria y las dinámicas relacionales de parejas sometidas a un tratamiento reproductivo. La investigación se desarrolló mediante un enfoque cuantitativo – descriptivo, en el cual se analizaron datos clínicos y sociodemográficos de parejas que acudieron al Centro de Reproducción Humana. El estudio se centró en cómo la infertilidad afecta los roles atribuidos culturalmente a hombres y mujeres dentro de la relación de pareja, así como las percepciones sociales y la carga atribuida a la mujer como principal responsable del problema reproductivo.

Los resultados sugieren que, en el contexto sociocultural ecuatoriano, la infertilidad se interpreta frecuentemente como una carga femenina, generando tensiones relacionales y posibles distorsiones en la percepción del apoyo mutuo dentro de la pareja. Además, el estudio identificó que las normas culturales sobre la masculinidad pueden llevar a una subestimación del factor masculino en la infertilidad, lo que influye en la búsqueda de atención médica y en la dinámica de pareja ante el diagnóstico. No obstante, este estudio, aunque valioso por situar el tema en la realidad nacional y por abordar elementos relacionales, no profundiza en una perspectiva sistémica ni en cómo se reorganizan las interacciones comunicativas y emocionales como respuesta al diagnóstico.

Latinoamérica

En el contexto latinoamericano, Arroyo y Castañeda (2021) en el estudio titulado “Padeciendo los cuerpos: significados de las paternidades, maternidades y la familia en mujeres y hombres infértiles”, analizaron la infertilidad desde una perspectiva sociocultural. La investigación se desarrolló mediante un enfoque cualitativo, en el cual las autoras realizaron entrevistas en profundidad a personas con sospecha o diagnóstico confirmado de

infertilidad y sin descendencia. Asimismo, complementaron el estudio con una revisión bibliográfica para responder a la principal interrogante: ¿Qué significados se inscriben/producen en el cuerpo del sujeto infértil?

Los resultados evidencian que la infertilidad trasciende la dimensión biomédica y se configura como una experiencia atravesada por mandatos socioculturales y expectativas de género, lo cual puede impactar en la construcción de la identidad y el proyecto de parentalidad de hombres y mujeres. No obstante, al centrarse en una mirada individual de la infertilidad, este estudio no considera un análisis de la pareja como sistema relacional ni las transformaciones que el diagnóstico puede generar en su dinámica.

Videla (2025) en su trabajo de grado titulado “Infertilidad en parejas heterosexuales: un análisis del comportamiento emocional desde una perspectiva psicológica y sociocultural”, presentada en la Universidad de la República en Uruguay, analizó la vivencia emocional de parejas heterosexuales tras el diagnóstico de infertilidad. La investigación abordó la infertilidad desde una perspectiva psicológica y sociocultural, considerando las influencias de los mandatos de género, las expectativas sociales en torno a la maternidad y paternidad, así como los procesos de afrontamiento y elaboración del duelo asociados a la dificultad de concebir a través de una revisión bibliográfica.

El trabajo destacó que el diagnóstico genera impactos emocionales significativos que atraviesan la relación, influyendo en las decisiones de la pareja respecto a tratamientos, adopción o redefinición del proyecto de vida. Aunque la autora reconoce a la pareja como unidad relacional, su análisis no se enmarca explícitamente en un enfoque sistémico.

Internacional

En el contexto internacional, Luk y Loke (2015) en el estudio titulado “The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationship, sexual relationships, and quality of life of couples: a systematic review”, publicado en *Journal of sex and marital therapy*, tuvo como objetivo analizar la literatura disponible sobre el impacto de la infertilidad en el bienestar psicológico, la relación marital, la relación sexual y la calidad de vida

de las parejas. La investigación consistió en una revisión sistemática de veinte estudios.

Los resultados evidenciaron que la infertilidad se asocia con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión, así como con afectaciones en la relación sexual y la satisfacción marital. No obstante, la mayoría de los estudios incluidos en la revisión evaluaron estas variables a partir de indicadores individuales o comparaciones entre hombres y mujeres, y en varios casos los datos fueron recogidos de un solo miembro de la pareja.

En este sentido, aunque la revisión confirma que la infertilidad impacta dimensiones relevantes en la vida de la pareja, el análisis se centra mayoritariamente en variables psicológicas y en medidas de satisfacción marital.

Wang et al. (2024) en el estudio titulado “Relationship between stigma and infertility-related stress among couples undergoing AID: The mediating role of communication patterns”, analizaron la relación entre el estigma asociado a la infertilidad, el estrés relacionado con esta condición y los patrones de comunicación en parejas sometidas a inseminación artificial con semen de donante. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño transversal, en el que participaron parejas en tratamiento reproductivo en China. Se aplicaron escalas estandarizadas para el medir estigma percibido, estrés por infertilidad y estilos de comunicación diádica, con el propósito de examinar cómo estas variables interactúan dentro de la relación de pareja.

Los resultados evidenciaron que el estigma social se asocia significativamente con mayores niveles de estrés relacionado con la infertilidad en ambos miembros de la pareja, y que los patrones de comunicación desempeñan un papel mediador en esta relación. Es decir, estilos comunicacionales disfuncionales intensifican el impacto emocional de la infertilidad, mientras que una comunicación abierta y de apoyo actúa como factor proyector en la dinámica conyugal. No obstante, aunque el estudio aborda variables relacionales, su enfoque se centra en la medición de correlacionales entre variables psicosociales, sin profundizar en la

comprensión sistémica de la pareja como estructura organizada por límites, roles y normas, ni en los significados que ambos miembros construyen en conjunto frente al diagnóstico.

CAPITULO 1: LA INFERTILIDAD

Etimología

De acuerdo con la Real Academia Española, la palabra infertilidad proviene del latín “*infertilitas*”, que a su vez se compone de tres partes claves. Primero, el prefijo “in”, que significa no o sin, seguido de la raíz “*fertilis*” que significa fértil y finalmente, el sufijo “*tat*”, que hace referencia a una calidad o estado (Real Academia Española, 2024).

Analizando con mayor detalle su raíz *fertilis*, se conoce que esta se desprende del verbo “ferre”, que representa las acciones de llevar, cargar o producir. De esta manera, se observa que etimológicamente, lo fértil es aquello capaz de "cargar" (haciendo referencia a la vida) o de "producir" un fruto. Por lo cual, desde su origen, su antónimo coloca a la pareja en una posición o estado de carencia por no poder cumplir con dicha función (Diccionario Etimológico Castellano en Línea, 2026).

Definición

En términos generales, la infertilidad ocurre cuando una pareja tiene impedimento en quedar embarazada, pese a mantener relaciones sexuales regularmente y sin ningún tipo de protección o anticonceptivo (National Health Service [NHS], 2023).

La infertilidad es definida como “un trastorno del aparato reproductor, tanto del masculino como del femenino, consistente en la incapacidad para lograr el embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales sin protección” (World Health Organization [WHO], 2025, párr. 6, traducción propia). Este plazo se basa en la probabilidad de lograr un embarazo en parejas sanas, lo cual ha sido demostrado alcanzarse en dicho periodo en más del 80% de los casos (NHS, 2023).

Pese a ello, este criterio de tiempo se ajusta conforme a la edad de la pareja. Para mujeres mayores de 35 años, el plazo para ser consideradas infértiles se reduce a 6 meses (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child and Human Development [NIH], 2020), encontrando así una mayor cantidad de casos reportados pasada esta edad. Un estudio realizado por

Menken et al. (1986) explica cómo las tasas de infertilidad en mujeres aumentan progresivamente con la edad. Evidenciando así, que a pesar de que no existe un consenso absoluto sobre cuándo empieza exactamente la etapa reproductiva tardía, la infertilidad se hace mucho más evidente y marcada a partir de los 35 años (American Society for Reproductive Medicine, 2006).

Tabla 1 Edad vs Infertilidad en la Mujer

Edad (años)	Tasa de infertilidad (%)
20-24	6%
25-29	9%
30-34	15%
35-39	30%
40-44	64%

Esto se debe a que las condiciones biológicas de la mujer (su reserva ovárica) disminuye progresivamente con la edad, inclusive mucho antes de entrar a la etapa de la menopausia. Por ello, la intervención médica es recomendable desde una edad más temprana para optimizar las probabilidades de éxito.

Infertilidad y esterilidad: ¿son lo mismo?

Rodrigo et al. (2024) indican que la infertilidad y la esterilidad no son sinónimos, pese a ser utilizados como tal en la cotidianidad y en un sinnúmero de artículos científicos. Se conoce que la infertilidad afecta a cerca del 10% de parejas, sin embargo, la cifra se mantiene desconocida al referirse a la esterilidad (Royfman et al., 2021).

De acuerdo con Royfman et al. (2021), la esterilidad es la incapacidad biológica de lograr un embarazo, ya sea de manera natural (esterilidad natural) o tras haberse sometido a una intervención médica (esterilidad clínica); mientras que la infertilidad hace referencia a la dificultad de alcanzar el embarazo dentro de un periodo determinado, que por lo general suele ser

de un año. Esta última, conlleva una reducción o trabas en la fertilidad, más no su pérdida completa (Wattanapong, 2026). De este modo, la infertilidad puede ser netamente temporal o tratable, mientras que la esterilidad suele considerarse una condición permanente o irreversible.

Tipos de Infertilidad

Según Calomarde et al. (2025) la infertilidad puede ser de tipo primaria o secundaria, dependiendo del historial reproductivo de la persona. Resulta crucial su correcta identificación, con el fin de determinar la mejor ruta médica a seguir.

Se diagnostica como **primaria** cuando se trata de una pareja que no tiene ningún precedente de embarazo y en la actualidad presenta dificultad en concebir (MedlinePlus, 2025). Desde el punto de vista clínico o médico, esto implica investigar desde cero todas las variables posibles, en vista de que el sistema reproductivo no ha demostrado previamente la capacidad de concebir.

Por otro lado, se considera **secundaria** si la pareja tiene dificultades para concebir después de haber tenido por lo menos un embarazo exitoso previo (WHO, 2025). Los autores coinciden en que uno de los motivos principales de la infertilidad secundaria es la edad femenina, así como factores que ocurrieron después del embarazo como infecciones o complicaciones en partos anteriores.

Causas

Las causas de la infertilidad se clasifican en femeninas, masculinas, mixtas (la combinación de ambas), o de origen no identificado. En un estudio realizado por la WHO (2025) a 8,500 parejas provenientes de 25 países, se encontró que el factor masculino total y parcial, contribuye al 45.1% de los casos de infertilidad. La distribución completa de las causas se presenta en la

Tabla 2 Distribución de las causas de infertilidad por la OMS (2025)

Causas	%
Factores femeninos	30.6%
Factores masculinos	18.7%
Factores mixtos (femeninos y masculinos)	26.3%
Factores de origen no identificado	10.8%

Infertilidad femenina

Para que una mujer logre concebir, es necesaria la sincronía de varios procesos biológicos. En primer lugar, el coito debe ocurrir en un periodo cercano a la ovulación. Asimismo, el sistema encargado de liberar los óvulos debe funcionar de manera óptima, apoyado por un equilibrio hormonal que regule todo el ciclo.

Desde el punto de vista clínico, los obstáculos de fertilidad en la mujer suelen dividirse en dos grandes grupos: los problemas estructurales, que afectan a las trompas de Falopio o al útero, y los problemas de ovulación, que impiden la liberación adecuada del óvulo. Cualquier fallo en la estructura física o en el proceso hormonal, interrumpe la posibilidad de un embarazo natural (Mustafa et al., 2019). Los factores causales más comunes de la infertilidad en la mujer se incluyen en la tabla 3.

Tabla 3 Factores causales de la infertilidad femenina

Factores	Definición
Factor ovárico	Enfermedades que afectan la liberación de óvulos, como los problemas de tiroides y el síndrome de ovario poliquístico (Mayo Clinic, 2023). Este último, se caracteriza por niveles elevados de hormonas (andrógenos), causando ciclos menstruales irregulares (MedlinePlus, 2024).

Factor tubárico	Afecciones que limitan el funcionamiento de las trompas de Falopio, como la endometriosis y la salpingitis (Francos et al., 2025). En la endometriosis, un tejido parecido al endometrio (la pared del útero) crece fuera de este, afectando la estructura del aparato reproductor (Mayo Clinic, 2023). La salpingitis es la inflamación tubárica, originada por infecciones de transmisión sexual (Paraiso et al., 2024)
Factor cervical	Alteraciones que impiden el movimiento de los espermatozoides al cervix (el cuello uterino), como los pólipos uterinos (tumores) y el flujo cervical (Francos et al., 2025).
Factor uterino	Defectos en el útero, ya sea por malformaciones, endometriosis o pólipos uterinos (Francos et al., 2025).

Infertilidad masculina

En el caso del hombre, la infertilidad se origina tanto por factores internos como externos. Los factores internos, incluyen todo lo relacionado a su genética y cambios hormonales. Se conoce que la infertilidad masculina se debe principalmente a la baja calidad del fluido seminal, donde la capacidad de concebir se ve limitada por un recuento insuficiente de espermatozoides (oligospermia) o su ausencia total (azoospermia) (Francos et al., 2025). Estas condiciones suelen derivar de desequilibrios hormonales, el uso de fármacos o infecciones que afectan la salud de los testículos (Mayo Clinic, 2023).

Adicional al componente biológico, se suma el impacto del entorno (factores externos). Estos incluyen la exposición a químicos industriales y pesticidas que deterioran directamente los parámetros del semen (Mayo Clinic, 2023). En la tabla 4 se observan estos factores con mayor detalle:

Tabla 4 Factores causales de la infertilidad masculina

Factores	Definición
Factor pretesticular	Problemas hormonales que afectan la producción de espermatozoides (Francos et al., 2025).

Factor testicular	Cualquier defecto en los testículos, ya sea congénito, como el síndrome de Klinefelter, o adquirido (Francos et al., 2025). Este síndrome se caracteriza por la presencia de 3 cromosomas sexuales en lugar de 2, lo cual afecta el desarrollo sexual (Mayo Clinic, 2025). Los defectos adquiridos suelen surgir por afecciones como el varicocele o ciertos medicamentos (Francos et al., 2025). El varicocele es la dilatación de las venas de los testículos, donde se ve afectada la producción de espermatozoides (Mayo Clinic, 2024).
Factor posttesticular	Dificultades que impiden la salida de espermatozoides de los testículos, donde se incluyen las infecciones u obstrucciones en las vías seminales (Francos et al., 2025).
Factor espermático	Alteraciones en los espermatozoides, ya sea en su concentración, movilidad o morfología (Francos et al., 2025).

Factor ambiental y estilo de vida	En la actualidad, el hombre se ve expuesto a varios factores ambientales, como la contaminación del aire, el calor excesivo en el entorno laboral o la presencia de químicos nocivos en alimentos y productos industriales. El impacto de estos elementos varía según el historial clínico, el uso de medicamentos y la genética de cada persona. Adicionalmente, factores como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el estrés crónico, el sedentarismo y la obesidad, alteran el sistema reproductivo mediante diversos mecanismos biológicos. Estudios mencionan que el uso constante de dispositivos electrónicos y teléfonos móviles puede tener efectos en la fertilidad (Tesarik, 2025).
--	---

Infertilidad mixta

En alrededor del 20% de las situaciones, la dificultad para concebir no recae en un solo integrante, sino que ambos presentan cuadros de infertilidad o subfertilidad. En estos casos, el diagnóstico surge de la combinación de factores femeninos y masculinos, donde pequeñas dificultades individuales se suman para impedir el embarazo (Francos et al., 2025).

Por otro lado, existen situaciones donde la causa se atribuye a factores inmunológicos o genéticos específicos de la relación. En estos eventos, ocurre un fenómeno particular: ambas integrantes pueden ser fértiles de manera independiente, pero presentan una incompatibilidad biológica que les impide concebir juntos sin asistencia médica especializada. Esto resalta que la fertilidad no es solo un atributo individual, sino también un resultado de ambas partes de la pareja (Mustafa et al., 2019).

Infertilidad de origen no identificado (idiopática)

A pesar de las mejoras en el diagnóstico y tratamiento de las parejas infértiles, muchas de ellas todavía no encuentran una respuesta clara a su situación. Francos et al. (2025) indican que cuando los exámenes médicos no encuentran un problema o causa específica, la infertilidad se denomina idiopática o de origen desconocido.

Esta situación suele presentarse en cerca del 20% de los casos. Desde el punto de vista médico, esto no representa un impedimento para que las parejas inicien la búsqueda de un tratamiento y logren tener un embarazo exitoso (Francos et al., 2025). Otros estudios estiman que, entre el 30% y el 40% de los casos entran en esta categoría, siendo el diagnóstico más frecuente en las consultas (Ray et al., 2012; Gleicher & Barad, 2006).

Aunque no hay una definición estándar, dado que esta varía en los artículos científicos según la edad de la mujer y el tiempo de infertilidad, el término se usa cuando el origen del problema permanece oculto. Esto sucede en parejas que han obtenido resultados normales en sus pruebas básicas de sangre, permeabilidad de trompas y calidad del semen, pero donde el embarazo sigue sin ocurrir. Las posibles causas de esta condición se han asociado a pequeños desequilibrios hormonales, factores del sistema inmunológico o problemas específicos en la fisiología reproductiva y genética (Isaksson & Tiitinen, 2004; Smith et al. 2003).

Debido a que no hay una causa visible, el tratamiento en estos casos es empírico y no sigue un camino único. Las opciones incluyen desde la conducta expectante y la estimulación de la ovulación (con citrato de clomifeno o gonadotropinas), hasta procedimientos como la inseminación intrauterina (IIU) o la fecundación In vitro (FIV). No existe evidencia definitiva que demuestre que un tratamiento sea mejor que otro. Por lo cual, la elección dependerá de la edad de la pareja y el tiempo que lleven buscando el embarazo. Sin embargo, la regla básica en medicina es empezar por las opciones más sencillas antes de pasar a las de mayor complejidad tecnológica (Bracke et al., 2018).

Tipos de tratamientos

Los tratamientos pueden ser cruciales para uno o ambos miembros de la pareja, e incluyen desde medicamentos y cirugías, hasta el uso de técnicas de reproducción asistida (TRA). En el 85% de los casos, la infertilidad es tratada exitosamente con métodos convencionales o tradicionales (NIH, 2020)

Tratamientos para hombres

Los medicamentos sirven para tratar problemas hormonales o de disfunción eréctil (NIH, 2020). Esta última, se refiere a la incapacidad de lograr y mantener una erección durante las relaciones sexuales, impidiendo que ocurra un embarazo (Mayo Clinic, 2025).

La cirugía representa una alternativa cuando la infertilidad se debe a una obstrucción en las vías seminales o una dilatación en las venas de los testículos (varicocele), lo cual afecta la producción de espermatozoides. Respecto a este segundo caso, los estudios resaltan que la cirugía mejora la salud de los testículos, más no aumenta la probabilidad de concebir (NIH, 2020).

Tratamientos para mujeres

La probabilidad de lograr un embarazo depende de varios factores, incluyendo el origen o causa de la infertilidad, la edad femenina, el tiempo de la pareja intentando concebir, los antecedentes de embarazos previos y la presencia o no de un factor masculino (NIH, 2025).

Los tratamientos suelen ser más efectivos cuando la infertilidad se debe a problemas de ovulación, y menos exitosos, si se trata de una endometriosis grave o un factor tubárico, es decir, un problema en las trompas de Falopio (NIH, 2025).

En la mujer, medicamentos como el clomifeno y las gonadotropinas ayudan a estimular la ovulación. El clomifeno se toma vía oral al inicio del ciclo menstrual, teniendo resultados positivos en alrededor del 80% de los casos. Las gonadotropinas son hormonas que se inyectan cuando el clomifeno no ha cumplido su función dentro un periodo de 6 meses. Ambos medicamentos pueden aumentar la probabilidad de un embarazo múltiple, donde cerca del

30% de las mujeres que usan gonadotropinas dan a luz a más de un bebé (NIH, 2025).

Por otro lado, la intervención quirúrgica permite reparar o eliminar obstrucciones en las trompas de Falopio, extraer fibromas uterinos y remover zonas de endometriosis. Los procedimientos en las trompas de Falopio pueden elevar el riesgo de un embarazo ectópico, es decir, fuera del útero (NIH, 2025).

Técnicas de reproducción asistida

Las técnicas de reproducción asistida son procedimientos mucho más complejos que se usan cuando los tratamientos tradicionales no han sido efectivos. Los más comunes son la inseminación intrauterina (IIU) y la fecundación in vitro (FIV) (NIH, 2020). Varios estudios afirman que la edad femenina es un factor importante, no sólo para conseguir un embarazo de manera natural (sin intervención médica), sino también para que el tratamiento resulte exitoso.

En el procedimiento de inseminación intrauterina, se recoge una muestra de semen y se seleccionan los espermatozoides más sanos, que luego serán introducidos en el útero a través de un tubo (Rebar, 2024). Esta técnica es usada en casos de defectos en el cérvix, recuento insuficiente de espermatozoides y disfunción eréctil (NIH, 2020).

Los autores explican que el procedimiento de inseminación intrauterina por sí solo, es decir, sin medicamentos, es menos eficaz que la fecundación in vitro. Pese a ello, muchas parejas lo eligen por ser más accesible y menos invasivo que la FIV (Rebar, 2024; NIH, 2020).

La fecundación in vitro puede usarse independientemente del tipo de infertilidad, inclusive cuando no es de origen conocido (idiopática). A continuación, se enumeran y explican las fases de este procedimiento (Rebar 2024; NIH, 2020).

- **Superovulación:** Se administran varios medicamentos de 8 a 14 días para estimular a los ovarios. Es común que se inyecten antagonistas de la hormona gonadotropina para evitar que ocurra

la ovulación antes de que hayan madurado suficientes óvulos. Apoyado de ecografías transvaginales y exámenes de sangre, el profesional determina si los óvulos están listos, y luego inyecta la hormona gonadotropina coriónica para estimular la ovulación.

- **Extracción de óvulos:** Después de 34 horas de la inyección, el profesional realiza la extracción de los óvulos, usando una ecografía y una aguja.
- **Fecundación:** El profesional pone en una placa los espermatozoides más sanos junto con los óvulos maduros. Si el espermatozoide no consigue fecundar al óvulo, el profesional debe realizarlo. Todo este proceso dura entre 2 a 5 días.
- **Transferencia del embrión:** 6 días después de la extracción, el profesional implanta el embrión en el útero. El número de embriones implantados dependerá de la calidad de los embriones y las preferencias de la pareja. Los embriones restantes pueden congelarse mediante un proceso denominado vitrificación y almacenarse para otros intentos (ciclos).

Técnicas de reproducción asistida con intervención de terceros

Dentro de las técnicas de reproducción asistida, se encuentran alternativas con la participación o intervención de terceros. Estas incluyen la donación de gametos (espermatozoides y óvulos), la subrogación tradicional, la subrogación gestacional y la donación de embriones (NIH, 2020).

La donación de semen es recomendable en casos de recuento insuficiente de espermatozoides o su ausencia total; mientras que la donación de óvulos suele ser una opción cuando la mujer no tiene óvulos sanos, ha recibido tratamientos de quimioterapia o radioterapia, o no tiene ovarios, ya sea por genética o una intervención quirúrgica (NIH, 2020).

Tanto la subrogación tradicional como la gestacional, son una alternativa cuando la mujer presenta dificultades para completar un embarazo. En la primera, se insemina con el semen del hombre a una portadora sustituta, mientras que, en la segunda, el embrión le pertenece a la pareja y la portadora

sustituta solo cumple la función de cargarlo o llevarlo (Rebar, 2024).

Finalmente, la donación de embriones se usa en casos específicos de incompatibilidad genética o después de varios intentos fallidos de fecundación in vitro (NIH, 2020).

Protocolos internacionales: La Guía de la WHO

En qué consiste

La WHO (2025) posiciona el cuidado de la fertilidad como un derecho reproductivo esencial. Por ello, desarrolló una guía que busca estandarizar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento a nivel global. El valor de esta guía radica en su flexibilidad, al ser un punto de partida, que permite que cada país adapte dichas recomendaciones a su propia realidad sanitaria y al tipo de infertilidad: sea de origen masculino, femenino o idiopático (infertilidad desconocida).

Más allá del enfoque técnico, la WHO (2025) enfatiza que la práctica clínica debe encontrar un equilibrio entre la eficiencia y la empatía. De este modo, el diagnóstico no debe verse como un conjunto de exámenes al azar, sino como un proceso sistemático basado en el historial clínico. Asimismo, el enfoque terapéutico debe ser escalonado, en el que se prioricen los tratamientos menos costosos pero efectivos, antes de pasar a intervenciones de alta complejidad.

Esta guía internacional toma en cuenta una dimensión humana indispensable: el soporte psicosocial. El profesional no solo debe evaluar la viabilidad biológica del tratamiento, sino también escuchar las preferencias de la pareja, comunicar los posibles riesgos y proporcionar el apoyo emocional necesario. De este modo, la fertilidad deja de ser un proceso puramente clínico para convertirse en una experiencia integral, donde los valores y la economía de las parejas cobran importancia (WHO, 2025).

Actores de interés

El alcance de las recomendaciones de esta guía (2025) no se reduce a los integrantes del campo médico, sino que involucra diversos sectores responsables de la salud reproductiva en distintos niveles de intervención.

- **Sector clínico y operativo:** Dirigido al equipo que tiene contacto directo con el paciente, incluyendo médicos, embriólogos, personal de enfermería, partería y especialistas de laboratorio.
- **Gestión y políticas públicas:** Enfocado en quienes toman decisiones responsables de estructurar las políticas nacionales de salud, la

organización de los servicios y las estrategias de financiamiento estatal.

- **Organismos técnicos y científicos:** Orientado a profesionales y organizaciones que realizan programas específicos de salud sexual y reproductiva.
- **Soporte económico:** Destinado a agencias de financiamiento y entidades filantrópicas que sostienen la infraestructura y el acceso a tratamientos.
- **Sociedad civil:** Incluye a las organizaciones de defensa del paciente y grupos de apoyo que velan por los derechos y el acompañamiento humano de quienes enfrentan la infertilidad.

Evaluación y manejo: Pasos a seguir

El proceso básico para la evaluación y el abordaje de la infertilidad se compone de las siguientes etapas (WHO, 2025):

1. **Consulta inicial:** El primer contacto para establecer el caso.
2. **Registro de antecedentes médicos:** Recopilación detallada de la historia clínica del paciente o la pareja.
3. **Exploración física:** Realización del examen corporal para detectar signos clínicos.
4. **Evaluación diagnóstica de las funciones reproductivas:** Realización de pruebas específicas tanto para el hombre como para la mujer.
5. **Discusión del diagnóstico, etiología y opciones terapéuticas:** Comunicación de los hallazgos (causas) y las posibles soluciones.
6. **Información sobre cuidados pregestacionales y asesoría:** Provisión de recomendaciones y consejería antes de buscar el embarazo.
7. **Identificación y derivación por patologías coexistentes:** Remisión de pacientes a otros especialistas si presentan condiciones médicas adicionales.
8. **Consenso y aplicación del tratamiento:** Acuerdo mutuo sobre el procedimiento a seguir y ejecución de este.

9. **Seguimiento clínico y control de riesgos:** Monitoreo del paciente y manejo de posibles efectos secundarios del tratamiento.
10. **Documentación de resultados:** Registro final del desenlace del proceso de fertilidad.

Prevención

La guía de la WHO (2025) establece cuatro ejes fundamentales para reducir la incidencia de la infertilidad, enfocándose tanto en la educación general como en la reducción de riesgos específicos:

- **Población general en edad reproductiva:** Difundir información sobre la fertilidad en espacios claves como colegios, centros de educación superior, unidades de atención primaria y clínicas de salud sexual o reproductiva.
- **Individuos y parejas con infertilidad:** Brindar asesoría sobre estilos de vida saludables antes y durante el tratamiento (gestión del peso corporal, actividad física y eliminación del consumo de alcohol o tabaco).
- **Reducción de riesgos por infecciones de transmisión sexual (ITS):** Educar a quienes planean un embarazo sobre el riesgo de infertilidad derivado de ITS no tratadas, promoviendo el acceso a diagnósticos y tratamientos oportunos.
- **Reducción de riesgos por tabaquismo:** Ofrecer consejería breve en cualquier entorno sanitario para explicar el vínculo entre el tabaco y la infertilidad, facilitando el acceso a programas de cesación.

Diagnóstico

Se realiza una evaluación sistemática y simultánea de la pareja, con el fin de optimizar el tiempo clínico y los recursos económicos. Este protocolo incluye un historial clínico y una exploración física completa para identificar posibles patologías preexistentes. De esta forma, se permite diagnosticar la causa de la infertilidad, explorando todas las rutas posibles, sean estas por factor femenino, masculino o idiopático (no identificado) (WHO, 2025). En la ilustración 1 se muestra un esquema del diagnóstico de infertilidad.

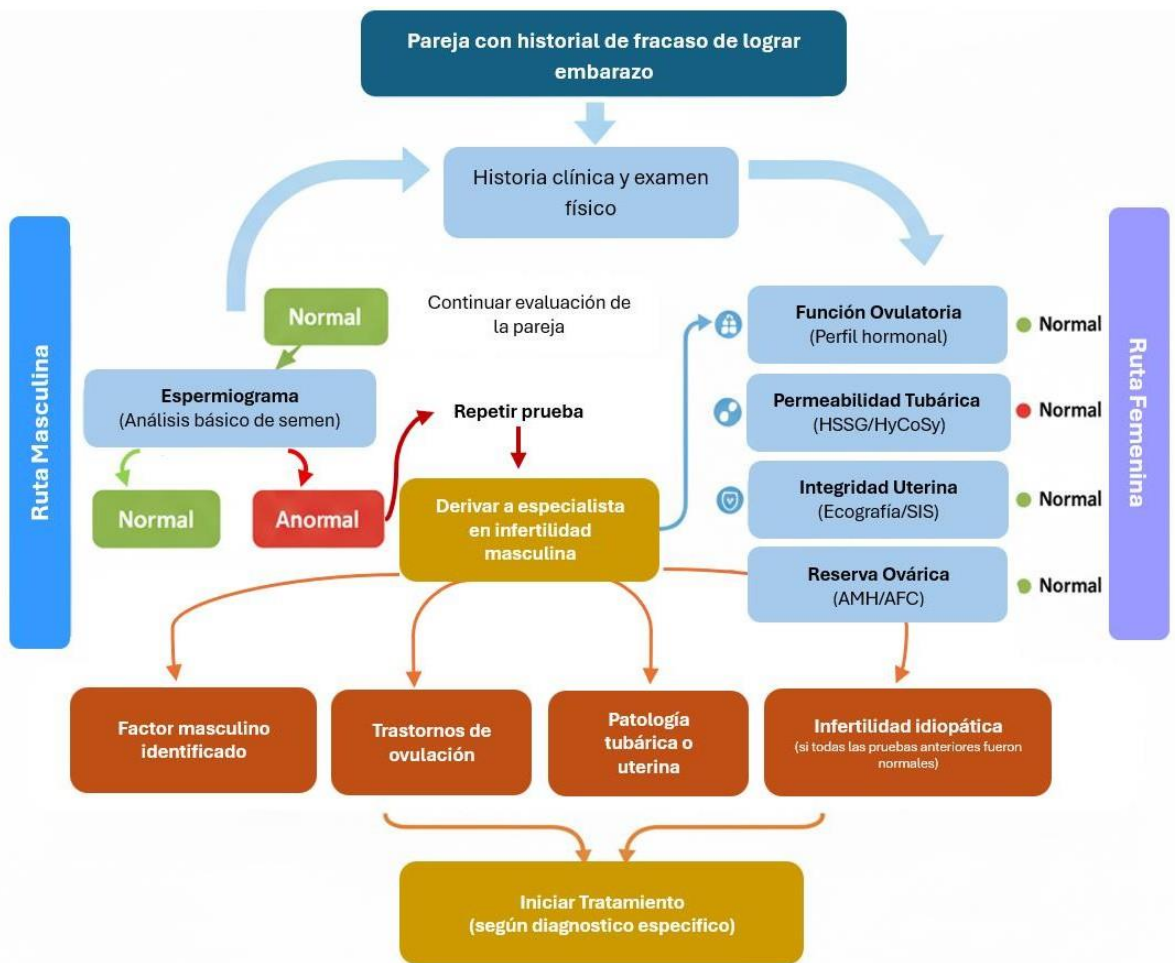


Figura 1 Esquema para el diagnóstico de la infertilidad (adaptado de la Guía para la Infertilidad de la OMS (2025))

Tratamiento

Una vez completada la fase diagnóstica, se recomienda que el tratamiento se personalice de acuerdo con la causa o factor identificado, siempre siguiendo un modelo de atención escalonada, donde se debe partir del tratamiento menos costoso, pero efectivo disponible. No se debe saltar a tratamientos de alta complejidad sin haber agotado las opciones de baja complejidad e inversión primero, a menos que el diagnóstico clínico lo exija de entrada (WHO, 2025):

Tratamiento del Factor Masculino

Cuando el análisis de semen confirma anomalías (concentración, movilidad o morfología), la guía establece que la intervención debe ser específica:

- **Manejo especializado:** Se requiere la derivación a especialistas en salud reproductiva masculina para intervenciones que pueden ir desde tratamientos hormonales hasta técnicas de recuperación espermática.
- **Optimización de hábitos:** Se enfatiza la eliminación del tabaco y la regulación del consumo de alcohol, dado su impacto comprobado en los parámetros del semen.

Tratamiento por Factor Femenino

En mujeres con ciclos irregulares o anovulación confirmada, el enfoque se centra en restaurar la función endocrina:

- **Inducción de la ovulación:** Uso de protocolos farmacológicos (medicamentos) para estimular la liberación de óvulos.
- **Control metabólico:** En casos asociados a condiciones como el síndrome de ovario poliquístico (SOP), el manejo del peso y la dieta es un pilar fundamental antes de avanzar a técnicas de alta complejidad.

Tratamiento por Patología Tubárica o Uterina

Si las pruebas (HSG o ecografías) detectan bloqueos o malformaciones:

- **Intervención quirúrgica o asistida:** El tratamiento se dirige a corregir la obstrucción de las trompas de Falopio o anomalías en la cavidad uterina (como pólipos o miomas) que impiden la implantación.
- **Derivación a FIV:** En casos de daño tubárico severo e irreversible, la guía sugiere transitar hacia la fecundación in vitro (FIV) como la opción más efectiva.

Manejo de la Infertilidad Idiopática (Origen Desconocido)

Para las parejas donde todas las pruebas resultaron normales, la OMS recomienda un manejo prudente:

- **Enfoque de "espera vigilada" o empírico:** Se evalúa la edad de la mujer y el tiempo de infertilidad para decidir entre continuar con intentos naturales optimizados o iniciar tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad.
- **Prioridad en el soporte emocional:** Al no haber una causa física visible, el estrés psicológico suele ser mayor, por lo que el apoyo psicosocial es obligatorio en este grupo.

Tratamiento de Infecciones Coexistentes (ITS)

Independientemente de la causa de infertilidad, si se detecta una infección de transmisión sexual:

- **Erradicación inmediata:** Es imperativo tratar la infección tanto en el paciente como en su pareja antes de proceder con cualquier técnica de fertilidad para evitar complicaciones gestacionales o daños mayores al sistema reproductivo.

Infertilidad en Ecuador

En Ecuador, la infertilidad ha dejado de ser un tema privado para convertirse en un problema de salud pública que afecta a “1 de cada 6 personas”, según datos del INEC (como se cita en el Telégrafo, 2023). Adicionalmente, se estima que la tasa de infertilidad masculina en el país asciende a un 7% (equivalente a 560 mil hombres respecto a un total de 8 millones) (Synlab, 2025). Esta estadística revela una demanda silenciosa que desafía la estructura del sistema sanitario nacional y exige la necesidad de un diagnóstico y acompañamiento integral. Si bien la Constitución de la República garantiza el derecho a la salud sexual y reproductiva, existe una brecha crítica entre la normativa y la ejecución: en la práctica, las políticas públicas vigentes no aseguran una atención integral ni accesible para las parejas que enfrentan problemas para concebir (Larco, 2025).

Esta falta de respaldo institucional empuja a las parejas hacia un mercado privado en donde los costos son prohibitivos. Al respecto, es necesario enfatizar que la mayoría de los seguros de medicina prepagada en el país excluyen de sus coberturas a los tratamientos de fertilidad, lo que obliga a los pacientes a asumir la totalidad de los gastos (Larco, 2025). Esta barrera económica no solo limita el acceso, sino que añade una carga de estrés financiero que se suma al ya complejo cuadro emocional de la pareja.

En cuanto a la oferta médica, la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Reproductiva (como se cita en El Telégrafo, 2018) señala que en el país operan aproximadamente 19 centros especializados. Entre ellos destaca el Centro Ecuatoriano de Reproducción Humana (CERH), referente en procedimientos como la fertilización in vitro (FIV) y la preservación de gametos. No obstante, el acceso a estas tecnologías implica una inversión significativa: un ciclo de FIV oscila entre los \$5,000 y \$7,000 dólares. Considerando que la tasa de éxito suele ser acumulativa y mayor en pacientes que completan hasta tres ciclos (Valencia, como se cita en Larco, 2025), el costo total puede volverse inalcanzable para la mayoría de las familias ecuatorianas, convirtiendo el deseo de concebir en un privilegio económico.

Finalmente, la complejidad del tratamiento exige que el abordaje no sea exclusivamente técnico o biológico. Valencia (como se cita en El Telégrafo, 2023) menciona que es fundamental que estos centros cuenten con equipos multidisciplinarios calificados. Esta visión integral sugiere que el acompañamiento no debe limitarse a la intervención médica, sino que debe incluir soporte psicológico y ético, permitiendo que la pareja navegue cada etapa del proceso con herramientas que mitiguen el impacto de la incertidumbre y el posible fracaso de los tratamientos.

CAPITULO 2: LA CRISIS EN EL SISTEMA DE PAREJA DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO

Definición de la pareja

La pareja se entiende como una estructura dinámica que surge a partir de la interacción social. Berscheid y Reis (1998, como se cita en Stange et al., 2017) explican que este lazo no aparece de la nada, sino que se va "tejiendo" poco a poco con la cotidianidad.

De acuerdo con Guerrero et al. (2020), lo que define una relación de pareja es el vínculo único que no se puede cambiar por ningún otro. Se trata de un vínculo emocional profundo y estable que no solo ofrece compañía, sino que también funciona como un soporte esencial para la realización personal (Sanchez, 2018).

La pareja como sistema relacional

Desde el enfoque sistémico, las relaciones humanas pueden comprenderse como sistemas conformados gracias a vínculos, interacciones y significados que se construyen en conjunto. En este sentido, la pareja no se concibe como la simple suma de dos individualidades, sino como una unidad relacional que adquiere características propias a partir del intercambio continuo entre los miembros que la conforman (Hernandez, 2007).

Todas las acciones, decisiones y emociones de alguno de los integrantes influyen de forma directa en el otro, generando patrones de interacción. Este enfoque permite analizar la relación de pareja como un sistema autónomo con una lógica interna propia, independiente de otros sistemas relacionales como la familia, y cuya identidad se sostiene en la construcción del "nosotros" como pareja más allá de funciones socialmente atribuidas (Pantone, 2007).

Pese a que este vínculo se compone de dos personas con necesidades diferentes, una pareja no es $1+1=2$. En realidad, es una organización compleja con sus propias dinámicas, distinta a los individuos que la conforman, resultando así, en una suma de $1+1=3$ (DENDROS, s.f).

Funcionamiento relacional

El sistema de pareja se sostiene a partir de procesos de retroalimentación continua que regulan el vínculo y le otorgan estabilidad en el tiempo. Estas interacciones no se producen de forma lineal sino de manera circular, de modo que las respuestas de cada uno de los integrantes contribuyen a mantener determinados patrones relacionales que organizan la convivencia y el modo en que la pareja se vincula. La repetición de estos patrones configura un modo particular de funcionamiento que permite que el sistema tenga coherencia interna, se adapte a las circunstancias del contexto y preserve la identidad de la pareja, aun cuando alguno o ambos miembros atraviesen por cambios (Pajon et al., 2016).

Aplicación de principios sistémicos

El funcionamiento del sistema de pareja también puede estudiarse a partir de su capacidad para mantener un equilibrio dinámico que favorezca la continuidad del vínculo. Asimismo, dicho equilibrio no supone estabilidad rígida ni ausencia de tensiones, pero sí la posibilidad de ajustar partes de la relación conforme aparezcan demandas a lo largo del tiempo. Por lo tanto, la relación de pareja se define como un espacio que busca sostener su identidad relacional adaptándose a los cambios sin perder la coherencia que la define como un sistema (Bowen, 1978).

Comprender la relación de pareja desde una mirada sistémica implica reconocer que el vínculo se configura como una organización relacional con sentido propio, que se construye y sostiene a partir de acuerdos, significados compartidos y formas particulares de vinculación. Esta concepción permite alejarse de visiones que limitan la comprensión de la pareja a funciones predeterminadas, para situarla como un espacio de encuentro que se redefine a lo largo del tiempo. Desde esta base teórica resulta posible analizar como la pareja atraviesa distintos procesos y momentos de su trayectoria relacional, los cuales demandan ajustes y transformaciones en la manera en que sus integrantes se relacionan entre sí.

Ciclo vital de la pareja

La relación de pareja puede entenderse como un proceso que se extiende a lo largo del tiempo y se construye a partir de las experiencias compartidas entre sus miembros. El vínculo no permanece estático, sino que está en constante transformación conforme la pareja atraviesa por distintos momentos de su trayectoria relacional. Estos implican ajustes en las expectativas, acuerdos y modos de vinculación. Esta perspectiva permite reconocer que los cambios que experimenta la pareja forman parte de su desarrollo, sin que dichos procesos estén necesariamente ligados a la conformación de una familia con hijos, sino a la evolución propia del proyecto compartido entre dos personas (Lopez, 2021).

Diversos enfoques teóricos han propuesto la existencia de momentos o etapas en la relación de pareja que permiten comprender la evolución del vínculo a lo largo del tiempo. Estas etapas no deben entenderse como fases lineales ni universales, sino como referencias conceptuales que describen cambios en la forma en que la pareja se relaciona, organiza y proyecta su vida en común. Desde esta perspectiva, el desarrollo de la pareja se concibe como un recorrido que permite cambios, en el que cada relación se construye a su propio ritmo (Rage, 1997).

No obstante, de acuerdo con Campo y Linares (2002), las seis etapas del ciclo de pareja incluyen las siguientes:

1. **Expectativas iniciales:** Es el enamoramiento y el inicio del conocimiento mutuo. Ambos empiezan a proyectar deseos y planes a futuro para construir algo estable.
2. **Formalización:** Se consolida el compromiso, a menudo mediante la convivencia o rituales (boda). Aquí la pareja debe equilibrar su nueva identidad propia con la influencia de sus familias de origen.
3. **Llegada de los hijos:** El gran reto es aprender a ser padres sin descuidar el rol de pareja. Hay que integrar la crianza con la vida conyugal.

4. **Crecimiento de los hijos:** A medida que los hijos crecen, la pareja debe reajustarse constantemente para mantener el equilibrio entre sus responsabilidades parentales y su conexión emocional.
5. **Nido vacío:** Al irse los hijos, la pareja se queda "sola" otra vez. Es una etapa crítica de reencuentro y renegociación del proyecto de vida que suele generar bastantes conflictos.
6. **Vejez y duelo:** La etapa final centrada en afrontar el envejecimiento, las pérdidas progresivas y el apoyo mutuo frente al declive físico o individual.

Transiciones y adaptabilidad en el vínculo

Como se mencionó anteriormente, las relaciones no son estáticas, sino que atraviesan constantes transiciones que exigen reajustar la forma en que se convive y decide. Muchas veces estos giros no vienen de grandes crisis, sino de situaciones cotidianas: una mudanza, un cambio de horario laboral o el simple hecho de empezar a vivir juntos. Estos momentos obligan a la pareja a sentarse, renegociar expectativas y poner a prueba su flexibilidad.

En última instancia, que una relación perdure no depende de que nada cambie, sino de qué tan capaces son sus miembros de evolucionar con las circunstancias. La estabilidad real no es rigidez, sino un proceso dinámico: se trata de saber reorganizarse frente a lo nuevo sin perder de vista el proyecto compartido. Así, cada ajuste no es una interrupción, sino una parte fundamental del camino que va dando forma a la identidad de la pareja (Bravo & Sánchez, 2024).

Influencia del contexto y expectativas sociales

El desarrollo de la relación de pareja no ocurre de manera aislada, sino que se encuentra atravesado por el contexto sociocultural en el que se encuentra. Las normas sociales, los mandatos culturales y las expectativas del entorno influyen en la forma en que las parejas conciben su vínculo, definen sus proyectos y evalúan sus propias trayectorias relacionales. En este sentido, pueden generarse tensiones entre las expectativas externas y las decisiones construidas al interior de la pareja, especialmente cuando los

recorridos reales no coinciden con los modelos socialmente establecidos. El poder reconocer esta influencia permite comprender que los procesos que atraviesa la pareja no responden únicamente a sus dinámicas internas, sino que también a los marcos sociales que inciden en la manera en que la relación es interpretada y construida por sus miembros (Becerril, 2001).

Miradas teóricas sobre la crisis en el sistema de pareja

Desde el enfoque sistémico, la crisis en la pareja ha sido conceptualizada de diversas maneras, dependiendo del énfasis que cada autor otorga a los elementos que organizan según ellos el funcionamiento relacional. Algunos planteamientos se enfocan en la estructura del sistema y en la necesidad de reorganizarla frente a situaciones de cambio, mientras que otros destacan los procesos emocionales y comunicacionales que emergen cuando las formas comunes de relación dejan de ser funcionales. Estas diferencias teóricas no representan contradicciones excluyentes, sino miradas complementarias que permiten comprender la crisis como un fenómeno complejo, cuyo impacto en la pareja dependerá tanto del evento que la provoca como de los recursos relacionales que se tienen para poder afrontarlo.

En este sentido, autores como Salvador Minuchin (2010) conciben la crisis como un momento de desorganización del sistema que exige una reestructuración de sus patrones de funcionamiento, mientras que Murray Bown (2024), la vincula con el aumento de la ansiedad relacional y con la capacidad de diferenciación de los integrantes de la pareja. A su vez, Paul Watzlawick (2014) enfatiza el rol de la comunicación entendiendo la crisis como el resultado de la repetición de soluciones que dejan de ser eficaces frente a nuevas demandas. Estas perspectivas permiten ampliar la comprensión de la crisis en la pareja, mostrando que no solo se trata de un evento disruptivo, sino de un proceso que incluye la estructura, emociones y comunicación del sistema.

Tabla 5 Teorías sobre la crisis en el sistema de pareja

Autor	Concepción de la crisis	Foco principal	Aporte para el análisis de la infertilidad
Salvador Minuchin (1960)	Desorganización del sistema que requiere reestructuración.	Estructura del sistema.	Permite analizar como la pareja necesita reorganizar su funcionamiento frente al diagnóstico.
Murray Bowen (1978)	Incremento de la ansiedad relacional.	Procesos emocionales y diferenciación.	Ayuda a comprender las distintas formas en que cada integrante enfrenta la crisis.
Paul Watzlawick (1967)	Fracaso de los patrones habituales de solución	Comunicación	Aporta a entender los bloqueos comunicacionales que pueden surgir en la pareja.

Conceptualización de la crisis desde el enfoque sistémico

Los procesos de cambio que atraviesa la pareja a lo largo de su trayectoria relacional no siempre se desarrollan de manera progresiva o previsible, en determinados momentos estos cambios adquieren una intensidad tal que demandan una reorganización más profunda de la relación, dando lugar a lo que, desde el enfoque sistémico se comprende como una crisis. Lejos de asociarse exclusivamente a situaciones negativas o disfuncionales, la crisis puede entenderse como un momento de transición en

el que las formas habituales de relación dejan de ser suficientes, de esta manera se abren nuevas formas de vincularse.

Desde esta perspectiva, la crisis se concibe fundamentalmente como un proceso de cambio que altera el equilibrio previo de la pareja. Este cambio puede surgir tanto a partir de situaciones esperadas como de eventos inesperados, y su impacto no depende únicamente del hecho que lo origina, sino del modo en que la pareja logra o no enfrentarlo. En este sentido, la crisis no constituye en si misma un factor de ruptura, en cambio es un momento de tensión que puede favorecer la transformación del vínculo siempre y cuando existan recursos relacionales que permitan afrontar la situación de manera conjunta (Bustos, 2020).

Crisis normativas en las parejas

Desde una perspectiva sistémica, centrada en la pareja, las crisis normativas pueden comprenderse como aquellos cambios que forman parte del desarrollo esperable de la relación y que por lo general cuentan con algún nivel de anticipación por parte de sus miembros. Se trata de transformaciones que emergen a lo largo de la trayectoria de la pareja y que implican modificaciones en la forma de organizar la vida en común, sin que esto suponga necesariamente una ruptura del vínculo como tal. Estos cambios suelen estar acompañados de referentes previos, los cuales pueden ser personales, sociales o culturales, que orientan a la pareja en la forma en la que esta los afronte (Lovo, 2021).

En el sistema de pareja, las crisis normativas pueden manifestarse en momentos como el inicio de la convivencia, la construcción de acuerdos propios diferenciados de la familia de origen o la reorganización de responsabilidades compartidas. Si bien estos procesos conllevan ajustes y pueden generar tensiones, su carácter esperado permite que la pareja disponga de ciertos marcos de comprensión que facilitan su desarrollo. En este sentido, la crisis normativa no se define por la ausencia de dificultad, sino por la posibilidad de anticipar el cambio y orientar la respuesta de la pareja.

Desde esta mirada, las crisis normativas constituyen momentos de transición que convocan a la pareja a reorganizar su forma de vincularse frente

a nuevas demandas relacionales. El impacto de estos cambios dependerá del modo en que la pareja los afronte, pudiendo convertirse en instancias que favorezcan la consolidación del proyecto compartido. Así, la crisis normativa se entiende como un proceso de cambio que, al ser integrado de manera conjunta, puede promover transformaciones significativas en la relación.

Crisis paranormativas en el sistema de pareja

Desde la perspectiva sistémica, las crisis paranormativas se asocian a cambios que emergen de manera inesperada y no forman parte de los procesos anticipados en la trayectoria relacional. A diferencia de las crisis normativas, estos eventos irrumpen sin aviso previo, lo que implica que la pareja no cuenta con referentes claros ni con recursos previamente elaborados para poder enfrentarlos. Esta ausencia de preparación sitúa a la relación en un escenario de mayor complejidad, ya que las formas habituales de funcionamiento pueden resultar insuficientes para responder a las nuevas demandas que se presentan.

En el sistema de pareja, las crisis paranormativas pueden vincularse a situaciones como la pérdida laboral de uno de sus integrantes, el diagnóstico de una enfermedad, una separación o divorcio, entre otros acontecimientos que alteran de manera abrupta la organización de la vida compartida. Estos eventos no solo introducen cambios concretos en las condiciones externas de la pareja, sino que también impactan en los significados, expectativas y proyecciones que ambos miembros habían construido respecto a la relación. Al no existir modelos previos claros para afrontar estas situaciones, la pareja se ve enfrentada a la necesidad de responder sin contar con guías previamente internalizadas.

De este modo, las crisis paranormativas no se definen únicamente por la magnitud del evento, sino por el carácter imprevisto del cambio y por la limitada disponibilidad de recursos relacionales para afrontarlo. El modo en que la pareja logre enfrentar estas situaciones dependerá de su capacidad para construir respuestas conjuntas frente a la incertidumbre, pudiendo esto derivar tanto en procesos de desorganización como en oportunidades de transformación del vínculo. De esta manera, al igual que en las crisis

normativas, el impacto de la crisis paranormativas no reside exclusivamente en el evento en sí, sino en la forma en que la pareja logra posicionarse de alguna manera frente al cambio inesperado (Valdes, 2010).

La infertilidad y su impacto en la pareja

El diagnóstico de infertilidad cambia por completo la realidad de una relación. Este constituye un evento que irrumpe de golpe en la vida compartida o proyecto de vida de la pareja. Más allá de lo médico, esta noticia altera la organización de la pareja, sus planes a futuro y la forma en que venían resolviendo sus problemas. Al ser un evento crítico, exige que el vínculo se reorganice, ya que las estrategias que antes funcionaban suelen quedarse cortas ante las nuevas demandas que impone la situación clínica.

Un aspecto complejo de la infertilidad es que se vive como un proceso de duelo que no tiene reconocimiento social. A diferencia de otras pérdidas, aquí no hay un objeto concreto que despedir ni rituales establecidos que ayuden a expresar el malestar. Esta falta de validación externa hace que el entorno muchas veces no perciba que ha ocurrido una pérdida real, lo que invalida las emociones de la pareja y dificulta que encuentren apoyo. Al no ser un tema del que se hable de forma generalizada, la pareja suele quedarse sin referentes claros, enfrentando la experiencia desde un aislamiento que los obliga a construir sus propias guías de apoyo internas (Estela, 2000).

La redefinición del proyecto de vida ante la infertilidad

La infertilidad obliga a la pareja a detenerse y replantear el proyecto que han construido juntos. No se trata solo de ajustar una expectativa, sino de reflexionar sobre qué lugar ocupa la parentalidad en su relación y cómo imaginan un futuro que ahora es distinto al planeado. En este proceso pueden surgir diferencias en la importancia que cada uno le da a ciertos objetivos, lo que exige conversaciones y acuerdos nuevos que antes no eran necesarios. El reto es integrar este evento en la historia compartida de la pareja, logrando que la infertilidad sea una parte de su vida, pero no el único elemento que defina quiénes son (Putin et al., 2023).

Sin embargo, este trabajo de adaptación interna suele verse afectado por la invisibilidad social de la infertilidad. Al ser un tema que a menudo se

minimiza con frases hechas, la pareja puede sentir que su malestar no es legítimo. Este silencio social empuja el problema hacia el ámbito privado, limitando las posibilidades de desahogo y reforzando el aislamiento. Muchas veces, para protegerse de comentarios que invalidan sus sentimientos, la pareja opta por no hablar del tema con su entorno, lo que termina condicionando su comunicación interna y la forma en que deciden afrontar juntos esta experiencia (Ramon, 2020).

La maternidad como eje de identidad femenina

Para la mujer, la presión social suele articularse en torno a la idea de la "maternidad obligatoria". La incapacidad de concebir se percibe frecuentemente como una falla en la función biológica y social primordial que la cultura asigna al género femenino.

Esto suele derivar en sentimientos de incompletitud, culpa y una pérdida de estatus frente a sus pares que sí son madres (Llavona, 2008).

El estigma en el hombre

En el caso del hombre, la infertilidad suele confundirse erróneamente con la falta de potencia sexual o virilidad. El mandato social exige que el hombre sea el "proveedor" por lo que el diagnóstico de infertilidad masculina suele ser silenciado por el propio varón para proteger su masculinidad ante el entorno.

El hombre tiende a adoptar una postura de retraimiento emocional o de "soporte racional" para evitar confrontar el golpe a su autoconcepto de virilidad (Greil & Johnson, 2025).

La pareja, como sistema, recibe el impacto de estas expectativas en forma de preguntas insistentes de la familia extensa o comparaciones con su red social. Esto puede forzar al sistema a cerrarse sobre sí mismo (isomorfismo) o generar conflictos de lealtad entre los deseos propios y las demandas del entorno (Ross & Formanek, 2019).

CAPITULO 3: LA INCIDENCIA DE INFERTILIDAD EN LA DINÁMICA DE LA PAREJA

La estructura del sistema de pareja

Desde el enfoque sistémico, la estructura de la pareja constituye la base organizadora de la relación. No es un esquema rígido ni estático, sino una configuración relacional que otorga coherencia, orden y estabilidad al vínculo. Esta estructura se construye a través de pautas transaccionales: movimientos interaccionales que, al repetirse en el tiempo, establecen patrones habituales de "cómo, cuándo y con quién" relacionarse (de la Espriella, 2008).

Muchos de estos componentes son implícitos y nacen de la convivencia diaria, consolidándose como acuerdos no verbalizados que guían el funcionamiento del sistema. Una estructura sólida que ofrece predictibilidad y seguridad a los miembros, permitiendo la coordinación de la vida compartida. Sin embargo, para que el sistema sea funcional, debe poseer la flexibilidad necesaria para adaptarse a las demandas del entorno y a las crisis propias del ciclo vital.

Desde esta perspectiva, la estructura del sistema de pareja se consolida a través de la experiencia compartida y de los acuerdos implícitos que nacen de la interacción. Esto permite que la relación lleve un orden que facilita la coordinación de sus miembros. Comprender la estructura como una construcción relacional resulta muy importante para poder analizar cómo se organiza la dinámica de la pareja y como esta puede verse tensionada frente a cambios (García, 2002).

Elementos que componen la estructura en el sistema de pareja

Para comprender con mayor claridad cómo se organiza la estructura del sistema de pareja, es importante distinguir los principales elementos que la componen. A continuación, se presenta una síntesis de sus componentes más relevantes desde el enfoque sistémico, los cuales regulan el funcionamiento relacional de la pareja y orientan la dinámica que llevan de manera cotidiana (Celemin, 2019).

Los elementos estructurales presentados no operan de manera aislada, sino que se conectan entre sí configurando un marco organizador del vínculo. La forma en que se establecen los límites, se definen las reglas, se asumen los roles y se distribuyen las jerarquías influye directamente en el modo en que la pareja interactúa y afronta los desafíos que surgen a lo largo de su camino relacional. Esta interrelación entre los componentes estructurales permite comprender la diversidad de dinámicas que pueden desarrollarse dentro del sistema de pareja (Dagil, 2019).

Para profundizar en la organización del sistema, es necesario analizar los elementos fundamentales definidos por autores como Minuchin, Haley y Bowen:

- **Límites:** Son las fronteras psicológicas que delimitan el grado de cercanía, autonomía y diferenciación entre los integrantes de la pareja y su entorno. Estos establecen quién participa en el sistema y de qué manera. En la infertilidad, los límites con las familias de origen son críticos; una frontera muy permeable puede permitir que la presión externa (preguntas constantes sobre la descendencia) invada la intimidad de la díada, aumentando la tensión interna.
- **Reglas:** Orientan lo que se espera, se permite o se restringe dentro de la relación. Existen reglas explícitas (acuerdos verbales sobre el ahorro para tratamientos) e implícitas (pautas transaccionales repetidas que se vuelven "leyes invisibles"). El diagnóstico suele imponer nuevas reglas de convivencia, a menudo centradas en el cuidado del otro o en el manejo del silencio.
- **Roles:** Definen las funciones y posiciones que cada integrante asume. Estos pueden ser instrumentales (quién gestiona las citas médicas) o afectivos (quién brinda el soporte emocional principal). Ante la crisis, los roles suelen polarizarse, lo que puede generar una sobrecarga emocional si no existe flexibilidad para intercambiarlos.
- **Jerarquías:** Organizan la distribución del poder y la influencia en la toma de decisiones. La infertilidad puede alterar este equilibrio; por ejemplo, si solo uno de los miembros presenta el factor médico, puede

sentirse en una posición de inferioridad o "deuda" relacional, afectando la negociación de los desacuerdos.

Tabla 6 Elementos Estructurales del Sistema de Pareja

Elemento Estructural	Definición en el Sistema de Pareja	Manifestación en la Interacción (Ejemplos)	Referencia Teórica
Límites	Fronteras que regulan el contacto entre los miembros y el exterior.	Manejo de la privacidad frente a los suegros; tiempo a solas vs. tiempo social.	Salvador Minuchin
Reglas	Normas (explícitas o implícitas) que rigen el comportamiento.	Acuerdos sobre quién maneja las finanzas o cómo se pide perdón tras una pelea.	Jay Haley
Roles	Funciones y posiciones asignadas o asumidas por cada integrante.	El rol de "proveedor", "cuidador emocional" o "mediador de conflictos".	Murray Bowen
Jerarquías	Distribución del poder y capacidad de influencia en el sistema.	Quién tiene la última palabra en decisiones de inversión o cambios de vida.	Salvador Minuchin

Conceptualización de la dinámica en la relación de pareja

La dinámica de la pareja se entiende como el proceso relacional vivo que se expresa en el conjunto de formas en que los miembros interactúan, se comunican y responden entre sí en la vida cotidiana (DENDROS, s.f). Mientras la estructura es el marco organizador estable, la dinámica es el

movimiento constante dentro de ese marco. Se manifiesta en aspectos visibles como la gestión de desacuerdos, la expresión de afecto y la resolución de problemas diarios.

Es vital diferenciar la dinámica de los comportamientos puntuales. Un conflicto específico es una manifestación momentánea, pero la dinámica se refiere a los patrones interaccionales que se sostienen en el tiempo. Esta distinción evita lecturas simplificadas y permite comprender que la dinámica es un fenómeno co-construido. Bajo el enfoque sistémico, no hay un "culpable" de una mala dinámica, sino una secuencia circular de acciones y reacciones que mantienen el patrón relacional. Comprender esto es esencial para analizar cómo la infertilidad no "causa" una mala relación, sino que interactúa con la dinámica ya establecida (De la Espriella, 2008).

Relación entre la estructura y la dinámica de la pareja

Desde una mirada sistémica, la dinámica de la pareja es la expresión directa de la estructura que organiza la relación. La forma en que los integrantes dialogan, distribuyen sus roles o enfrentan la cotidianidad no nace de manera espontánea; por el contrario, se apoya en una estructura previa que regula el funcionamiento del sistema. En este sentido, ambos conceptos están estrechamente vinculados: la estructura funciona como un marco organizador que orienta el vínculo, mientras que la dinámica manifiesta, de manera flexible, cómo dicho marco se traduce en la práctica. Esta distinción explica por qué una misma estructura puede dar lugar a diversas dinámicas dependiendo del contexto relacional (Unobravo, 2026).

Es importante destacar que esta organización no permanece estática. Si bien ciertos elementos deben mantenerse estables para asegurar la continuidad del vínculo, el sistema también requiere de plasticidad para evolucionar ante nuevas experiencias. Esta capacidad de equilibrar la estabilidad con el cambio constituye un principio fundamental de todo sistema saludable, evitando que la relación se vuelva rígida e incapaz de responder a las demandas del entorno. En este proceso, entran en juego dos mecanismos esenciales (Metcalf, 2023):

- **Morfostasis:** Es la tendencia del sistema a mantener su estabilidad y conservar sus patrones habituales. Ante el impacto emocional que supone la infertilidad, muchas parejas intentan aferrarse a lo conocido como una forma de protección para evitar la desestabilización del vínculo.
- **Morfogénesis:** Se refiere a la capacidad del sistema para cambiar y desarrollar nuevas estructuras. Una pareja con una alta capacidad morfogénica podrá renegociar sus reglas, metas y expectativas ante la dificultad para concebir, adaptando su dinámica a la nueva realidad. Por el contrario, si el sistema carece de esta flexibilidad, la dinámica corre el riesgo de volverse rígida, cronificando el malestar.

La dinámica se hace visible, principalmente, en la comunicación y los roles asumidos. La manera en que la pareja dialoga, resuelve desacuerdos o expresa emociones refleja cómo la estructura se pone en juego en el intercambio diario. Del mismo modo, las funciones que cada miembro ocupa en la toma de decisiones o en el apoyo emocional dan cuenta de acuerdos que se han consolidado con el tiempo (Speer, 2004).

Ante desafíos críticos, las transformaciones en la comunicación o el ajuste de roles suelen ser intentos de adaptación para preservar la estabilidad. En muchos casos, estos cambios en la dinámica anticipan la necesidad de una reorganización más profunda de la estructura interna. A partir de esta comprensión, resulta posible abordar con mayor claridad cómo eventos de alta carga estresante, como la infertilidad, inciden en el sistema a través de modificaciones en los patrones comunicativos y en las posiciones que cada integrante asume frente a la crisis.

Dinámicas funcionales y disfuncionales en la relación de pareja

La dinámica de la pareja no debe entenderse como una clasificación de conductas buenas o malas. En el enfoque sistémico, el análisis se centra en los niveles de funcionamiento. Una dinámica es **funcional** cuando permite a la pareja adaptarse a los cambios constantes. También se define por su capacidad para resolver dificultades y sostener el vínculo en el tiempo. Por el

contrario, una dinámica es **disfuncional** cuando los patrones de relación obstaculizan el afrontamiento. Esto sucede cuando las formas de interacción impiden que la pareja gestione las dificultades que se presentan (Espinal et al., s.f).

Esta distinción no busca etiquetar a los miembros de la relación. El objetivo es comprender cómo ciertos patrones facilitan o dificultan la estabilidad del sistema. Las dinámicas funcionales suelen apoyarse en estructuras flexibles. En ellas, los límites son claros y permiten el intercambio emocional. Estos límites garantizan un equilibrio entre la cercanía afectiva y la autonomía personal. En una pareja funcional, los integrantes pueden ser ellos mismos sin perder la conexión con el otro (Terpstra, 2025).

Las reglas en las dinámicas funcionales también presentan características específicas. Estas reglas no son inamovibles. Al contrario, pueden revisarse y cambiarse cuando dejan de ser útiles para el sistema. Asimismo, los roles se ajustan según la necesidad del momento actual. No existe una imposición rígida de tareas o funciones. En estas parejas, la comunicación tiende a ser abierta y directa. Esta fluidez posibilita la expresión de las diferencias individuales. También favorece la negociación constructiva y la toma de decisiones en conjunto. Todos estos elementos permiten enfrentar cambios sin comprometer la continuidad del vínculo.

Por el contrario, las dinámicas disfuncionales se asocian a estructuras rígidas. En estos casos, los límites presentan problemas de definición. A veces son poco claros y otras veces son excesivamente cerrados. Las reglas se mantienen sin ninguna posibilidad de revisión. Se perciben como mandatos que no pueden cuestionarse. Además, los roles se vuelven fijos y estereotipados. Esto impide que los miembros de la pareja asuman nuevas funciones ante una crisis. La comunicación en estos sistemas suele ser muy limitada. También puede volverse ambigua, confusa o altamente repetitiva (Moisa, 2022).

Esta falta de claridad dificulta la expresión de las necesidades básicas. También entorpece el manejo saludable de los desacuerdos cotidianos. Esta organización estructural restringe severamente la capacidad de adaptación.

Por este motivo, cualquier cambio externo se vive como una amenaza grave. Las crisis se perciben como eventos que desestabilizan el funcionamiento global. La diferencia entre ambos tipos de dinámica no radica en la ausencia de conflictos. La clave fundamental está en la manera en que la pareja afronta dichos problemas. Incluso las relaciones más saludables atraviesan momentos de alta tensión emocional.

Del mismo modo, en las relaciones disfuncionales pueden existir intentos de ajuste. Lo central es analizar si la estructura favorece o bloquea la reorganización. La funcionalidad sistémica se mide por la capacidad de resiliencia del sistema completo. Un sistema funcional es aquel que logra transformarse sin perder su identidad esencial. Esta capacidad de cambio es lo que permite que la relación sobreviva a las demandas externas e internas.

A partir de este marco, es posible analizar el impacto de la infertilidad. Este evento introduce tensiones profundas que ponen a prueba toda la arquitectura del sistema. El impacto más severo se observa en la comunicación y en la asignación de roles. En parejas flexibles, la infertilidad suele dar lugar a procesos de ajuste. Estos procesos favorecen el apoyo mutuo y el afrontamiento conjunto de la situación médica. En cambio, en estructuras rígidas, el diagnóstico tiende a intensificar las fallas previas. Esto genera dificultades crónicas para sostener el vínculo frente al dolor del duelo.

La funcionalidad sistémica no se mide por la ausencia de crisis, sino por la capacidad de adaptación y resiliencia del sistema (Sanders, Bell, & Bower, 2011).

Tabla 7 Dinámicas Funcionales vs. Disfuncionales ante la Crisis

Dimensión Relacional	Dinámica Funcional (Flexible)	Dinámica Disfuncional (Rígida)
Comunicación	Abierta, asertiva y permite la expresión de vulnerabilidad.	Cerrada, ambigua o basada en el reproche constante.

Resolución de Problemas	Enfoque colaborativo; se busca el bienestar común.	Búsqueda de culpables o evitación del conflicto (silencio).
Afectividad	El afecto es independiente del éxito reproductivo.	El afecto se condiciona al estado de ánimo por el tratamiento.
Adaptabilidad	Alta capacidad de morfogénesis (crear nuevas metas).	Predominio de morfostasis (resistencia al cambio de planes).

La incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja

La infertilidad constituye un acontecimiento que no solo impacta a nivel médico, sino que introduce una tensión significativa en la organización relacional de la pareja. Desde el enfoque sistémico, este tipo de evento no se comprende solo como una circunstancia externa. Es una experiencia que interactúa con la estructura del sistema y pone a prueba sus reglas, límites, roles y formas habituales de comunicación. En este sentido, la infertilidad no crea una nueva dinámica, sino que visibiliza y, en muchos casos, intensifica patrones relaciones que ya estaban presentes (Sharma & Shrivastava, 2022).

Uno de los primeros ámbitos en los que suele manifestarse este evento es en la comunicación. El diagnóstico o sospechas de infertilidad puede generar silencios, dificultades para expresar emociones o, por el contrario, conversaciones frecuentes marcadas por la preocupación y la incertidumbre.

En parejas con estructuras más flexibles, la comunicación tiende a convertirse en un espacio de apoyo y elaboración mutua, mientras que, en estructuras más rígidas, el tema puede evitarse o generar intercambios repetitivos que dificultan la comprensión mutua. Así, la forma en que la pareja dialoga sobre la infertilidad refleja el modo en que su estructura permite o limita la expresión emocional y la negociación de significados.

Asimismo, la infertilidad puede incidir en la distribución de roles dentro de la relación. En algunos casos, uno de los miembros asume una posición más activa en la búsqueda de soluciones médicas, mientras que el otro puede adoptar un rol más pasivo. Estas configuraciones no son problemáticas en sí mismas. Es necesario observar si dichos roles pueden revisarse y ajustarse según las necesidades del momento o, por el contrario, si son rígidos y generan desequilibrios en la relación de pareja. Cuando los roles son inflexibles, pueden aumentar la carga emocional en uno de los miembros y afectar la percepción de apoyo mutuo.

De igual manera, la infertilidad puede influir en el proyecto relacional de la pareja. La dificultad de concebir puede cuestionar expectativas previas y obligar a replantear decisiones futuras, lo que supone una reorganización interna. En parejas con mayor capacidad de adaptación, este proceso puede representar una oportunidad para redefinir metas y fortalecer el vínculo. En otras, puede generar distanciamiento o sentimientos de frustración que afecta la convivencia.

Es importante comprender que la incidencia de la infertilidad no es uniforme ni predecible. Cada pareja le atribuye significados a la infertilidad, que influyen en la manera en que responden a la misma. Aspectos como el momento vital en el que se encuentran, las expectativas previas sobre la parentalidad y los recursos emocionales inciden en el modo en que la dinámica cambia. Desde esta perspectiva, el análisis no se centra en determinar si la infertilidad fortalece o quiebra la relación, sino comprender cómo interactúa con la estructura existente y qué ajustes genera en la dinámica del sistema (Çinar, 2025).

Como se estableció en capítulos anteriores, la infertilidad es una crisis que detiene el flujo esperado del ciclo vital. Su incidencia operativa en la dinámica es profunda porque "invade" las áreas más íntimas de la pareja. La comunicación deja de ser un espacio de encuentro para centrarse en términos médicos, fechas de ovulación y resultados de exámenes (Mid-Iowa Fertility, 2026).

Esta incidencia se manifiesta en distintos niveles de la interacción:

- **Comunicación:** La tensión se manifiesta en el distanciamiento físico y en periodos de silencio prolongados. Estos comportamientos no son vacíos, sino que actúan como indicadores de la carga emocional que el sistema no está logrando procesar verbalmente (Instituto Bernabeu, 2026).
- **Dinámica sexual:** El encuentro íntimo suele desplazarse de un plano afectivo-gratificante a uno puramente instrumental. Al quedar supeditada a calendarios y resultados, la sexualidad se desnaturaliza, priorizando el rol de "reproductores" por sobre el vínculo erótico de la pareja (Azana, 2026).
- **Asimetría en el soporte emocional:** Es común que se establezca una jerarquía implícita sobre el sufrimiento, centrando la atención en el miembro de la pareja que presenta la causa médica de infertilidad. Este desbalance suele invalidar las necesidades del otro integrante y sesgar la toma de decisiones sobre los tratamientos (Moreno, 2008).

Diversidad de respuestas frente a la infertilidad: más allá de los tratamientos médicos

Si bien los tratamientos médicos suelen presentarse como la respuesta más inmediata a la infertilidad, no constituyen la única alternativa de la pareja. Desde una perspectiva sistémica, lo central no es la resolución médica del problema, sino la manera en que la pareja resignifica su proyecto relacional y reorganiza su dinámica frente a esta experiencia.

Algunas parejas optan por iniciar procesos de reproducción asistida, mientras que otras consideran alternativas como la adopción, la postergación

indefinida de la parentalidad o inclusive la construcción de un proyecto de vida sin hijos. Estas decisiones no responden únicamente a factores médicos, sino también a significados personales, valores compartidos, recursos emocionales y condiciones contextuales. En este sentido, la respuesta de la pareja se vincula estrechamente con la estructura del sistema y con la capacidad de diálogo y negociación que exista (Llavona, 2008).

Es importante entender que ninguna de estas alternativas puede considerarse “más adecuada” que otra desde el punto de vista relacional. Lo realmente relevante es analizar cómo la pareja construye de manera conjunta la decisión que mejor se ajusta a su realidad y cómo dicha decisión incide en su dinámica. Cuando las decisiones se toman desde el consenso y la reflexión compartida, puede fortalecer el vínculo. En cambio, cuando se imponen o se evitan, pueden generar tensiones adicionales en la relación.

De este modo, la infertilidad no determina un único camino, sino que abre un proceso de redefinición en que la pareja negocia significados, expectativas y proyecciones futuras. La diversidad de resultados evidencia que la infertilidad no debe comprenderse únicamente desde la lógica médica, sino también como una experiencia relacional que puede dar lugar a distintas formas de reorganización del proyecto de vida en común (Parada, 2006).

Finalmente, la respuesta de la pareja depende de sus recursos estructurales y de su historia relacional. No todas las parejas responden con desintegración; muchas utilizan la crisis como una oportunidad para la morfogénesis, fortaleciendo la comunicación y redefiniendo su identidad más allá de la parentalidad biológica (Palacios & Jadresic, 2000).

La verdadera incidencia radica en cómo la infertilidad actúa como un espejo de la estructura previa: las parejas con bases sólidas y flexibles suelen salir fortalecidas, mientras que aquellas con estructuras frágiles ven intensificadas sus dificultades preexistentes. El análisis sistémico permite entender que la infertilidad no es solo un hecho médico, sino también una experiencia que moviliza y reconfigura la dinámica relacional.

CAPITULO 4: METODOLOGIA

Enfoque

El enfoque es cualitativo, ya que el objetivo de la investigación fue profundizar en la experiencia vivida por las parejas, considerando los significados que atribuyen al diagnóstico o sospecha de infertilidad, las emociones asociadas a este proceso y los cambios que perciben en su dinámica relacional. Desde el enfoque cualitativo se privilegia la comprensión de los procesos por sobre los resultados cuantificables, lo que resulta especialmente relevante para abordar fenómenos complejos como la infertilidad. Las repercusiones varían según la historia, el contexto y la estructura de cada pareja.

Paradigma

La investigación se inscribió dentro del paradigma interpretativo, el cual concibe la realidad como una construcción social y subjetiva, elaborada a partir de los significados que las personas les atribuyen a los acontecimientos que viven (Krause, 1995). Este paradigma resulta coherente con el enfoque sistémico adoptado en la investigación, ya que permite comprender la infertilidad no solo como un hecho médico, sino como una experiencia relacional que adquiere significados particulares para cada pareja, influyendo en la dinámica que se configura entre sus miembros.

Método

El método utilizado corresponde a un estudio descriptivo, dado que el fenómeno (la incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja) requiere ser abordado desde las narrativas y experiencias de quienes lo viven. Este método permite describir en profundidad los procesos relacionales, emocionales y comunicacionales que emergen en la pareja frente a esta experiencia.

Técnicas de recolección de datos

En este trabajo de investigación se utilizaron distintas técnicas de recolección de datos, tanto primarias como secundarias. En primera instancia, se recurrió a datos secundarios para la construcción del marco teórico. Esto

incluyó una extensa revisión bibliográfica sobre la infertilidad, sus tipos, causas y tratamientos; así como el concepto de pareja, crisis y dinámica del sistema conyugal desde el enfoque sistémico.

En segunda instancia, se recopiló información primaria, a través de entrevistas aplicadas a parejas que cumplieran con los requisitos del presente tema de investigación. Estas entrevistas hicieron posible conocer sus vivencias y experiencias.

Instrumentos

Como instrumento de recolección de información se utilizó la entrevista semiestructurada (*Ver Anexos*), aplicada a parejas con sospechas o diagnóstico de infertilidad. Este tipo de entrevista sigue una guía con preguntas previamente definidas, asegurando la cobertura de todos los temas relevantes para la investigación. Al mismo tiempo, permite profundizar en aquellos aspectos que emergen durante el relato de los participantes (De la Croix et al., 2018).

La entrevista semiestructurada resulta adecuada para este estudio, ya que permite abordar los significados asociados a la parentalidad, así como las alternativas consideradas por la pareja, el impacto emocional y los cambios percibidos en la dinámica del vínculo. También hace posible conocer la experiencia compartida de la pareja sin descuidar las vivencias individuales de cada miembro. Rabionet (2011) indica que la flexibilidad del formato permite que los participantes cuenten sus historias, sin perder el foco de la investigación.

Cabe mencionar que todas las entrevistas fueron realizadas virtualmente y tuvieron una duración promedio de 40 minutos.

Muestra

La muestra estuvo conformada por seis parejas con sospechas o diagnóstico de infertilidad, independientemente del tipo y del tiempo transcurrido desde la confirmación del diagnóstico o sospecha. Se incluyeron parejas adultas en un vínculo estable, ya que el interés del estudio consistió en analizar la dinámica relacional.

Rigor ético

Las entrevistas fueron grabadas bajo consentimiento y confidencialidad de los participantes para su posterior interpretación. Se optó por mantener el anonimato de las parejas participantes, por lo que, en vez de utilizar sus nombres, se las codificó como pareja 1 (P1), pareja 2 (P2) y así sucesivamente.

Operacionalización de variables

Variable independiente: Dificultades para concebir

Definición: Vivencia subjetiva del proceso de intento prolongado de embarazo, con o sin diagnóstico médico formal, que es percibida por la pareja como una situación significativa dentro de su proyecto de vida.

Dimensiones e indicadores:

- *Inicio de la preocupación:* momento en que surge la inquietud, tiempo intentando concebir, percepción compartida o individual.
- *Búsqueda de ayuda profesional:* decisión de consultar o no, vivencia del proceso médico, significado del diagnóstico o de la incertidumbre.
- *Significado atribuido:* impacto en la identidad, expectativas y proyecto de vida.
- *Impacto emocional:* emociones predominantes y forma en que se afronta la situación.

Instrumento: Entrevista semiestructurada aplicada a ambos miembros de la pareja.

Variable dependiente: Dinámica de pareja

Definición: Conjunto de patrones de interacción que caracterizan el funcionamiento relacional de la pareja, incluyendo comunicación, intimidad y manejo de conflictos.

Dimensiones e indicadores:

- *Comunicación:* cambios en la forma de dialogar, apertura o evitación del tema.
- *Intimidad y cercanía:* variaciones en la conexión emocional y sexual.

- *Manejo de desacuerdos*: estrategias frente a tensiones relacionadas con la situación.
- *Influencia del entorno*: impacto de familiares, amigos o presión social en la relación.

Instrumento: Entrevista semiestructurada.

Variable interviniente: Crisis en el sistema

Definición: Proceso de tensión o desestabilización relacional que puede surgir a partir de la dificultad para concebir y que implica ajuste o reorganización del vínculo.

Indicadores:

- Percepción de quiebre o riesgo en la relación.
- Momentos de mayor tensión.
- Estrategias de afrontamiento conjunto.
- Reorganización del proyecto compartido.

CAPITULO 5: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como se detalló en el anterior capítulo, uno de los principales instrumentos para la recolección de información fueron las entrevistas estructuradas, aplicadas a seis parejas, con el objetivo de analizar cómo la infertilidad incide en su estructura y dinámica relacional.

Antes de plantearles las preguntas de la entrevista a los participantes, se recogieron los datos sociodemográficos de cada pareja. Esto incluyó la edad de ambos miembros, el tiempo de relación y estado civil, el tiempo intentando concebir y la presencia o no de un diagnóstico médico formal.

La muestra se compone de adultos con un rango de edad de entre los 36 y 61 años. El tiempo de relación va desde los 5 hasta los 25 años. En cuanto a la situación clínica, se encuentra un caso de infertilidad primaria (P1); un caso de infertilidad secundaria (P6), donde la pareja buscó concebir tras un embarazo exitoso previo; y de resolución exitosa (P2, P3 y P4), donde los participantes lograron convertirse en padres de manera natural o a través de un tratamiento. En el caso de la pareja 5 (P5), su experiencia se entrelazó con un diagnóstico de cáncer.

A continuación, se presenta la información de cada una de las parejas:

- **Pareja 1 (P1):** Ambos miembros tienen 41 años y mantienen una relación de cinco años (desde 2021), tiempo durante el cual han intentado concebir sin éxito. Están legalmente casados y cuentan con un diagnóstico médico relacionado con la edad de la mujer.
- **Pareja 2 (P2):** Está integrada por una mujer de 43 años y un hombre de 50 años. Mantienen una unión libre desde hace 15 años. Su periodo intentando concebir fue de dos años, iniciando cuando tenían 37 años y 44 años respectivamente. Entre las causas de la infertilidad se identificó un diagnóstico de fibroides y problemas de tiroides (factor femenino). Tras una intervención quirúrgica y un proceso de inseminación artificial, lograron concebir hace tres años.
- **Pareja 3 (P3):** Los miembros están legalmente casados y cuentan con un vínculo de 12.5 años, donde la mujer tiene 43 años y el hombre 40 años. Durante nueve años intentaron mantener un embarazo,

atravesando por aproximadamente tres pérdidas gestacionales. Pese a consultar con diversos especialistas, no hallaron una causa que explique la dificultad para mantener los embarazos. Tras un proceso extenso, lograron concebir de forma natural hace tres años.

- **Pareja 4 (P4):** Está conformada por una mujer de 36 años y un hombre de 41 años, quienes mantienen una relación de nueve años y actualmente están comprometidos. El tiempo intentando concebir fue de tres años, periodo en el cual no contaron con un diagnóstico médico. Lograron concebir de manera natural hace cuatro años.
- **Pareja 5 (P5):** Es la pareja con mayor trayectoria relacional, con un vínculo de 25 años. Actualmente, la mujer tiene 55 años y el hombre 61 años. Se casaron hace aproximadamente nueve años. En el 2019 recibieron un diagnóstico indicando que la mujer tenía cáncer, condición que impidió la posibilidad de un embarazo.
- **Pareja 6 (P6):** Está integrada por una mujer de 38 años y un hombre de 37 años. Están legalmente casados desde hace 14 años. Aunque no recibieron un diagnóstico médico, en el 2025 experimentaron una pérdida gestacional. Tras este evento decidieron, de manera consensuada, no realizar más intentos.

La guía de entrevista siguió un modelo semiestructurado, compuesto por un total de nueve preguntas orientadas a explorar la vivencia de la pareja. Las preguntas se agruparon entre tres bloques temáticos, correspondientes a las variables: dificultad para concebir, dinámica de pareja y crisis en el sistema. El primer bloque (preguntas 1 a 3) buscó identificar el origen del problema desde la percepción de los miembros de la pareja, así como la trayectoria de búsqueda de asistencia médica y el significado que cada pareja le otorgó a la dificultad de concebir.

El segundo bloque (preguntas 4 a 6) se centró en la dimensión relacional. Tuvo como objetivo conocer las transformaciones en los patrones de comunicación, la afectación de la cercanía emocional y la intimidad, así como el uso de estrategias para la resolución de conflictos. Finalmente, el tercer bloque (preguntas 7 a 9) indagó si la pareja percibió la infertilidad como un evento desestabilizador, la influencia de la familia y el entorno social a lo

largo de la vivencia y la percepción de riesgo respecto a la estabilidad y permanencia del vínculo. La siguiente tabla muestra las respuestas de cada participante.

Tabla 8 Resultados de las entrevistas a parejas

Variables	Preguntas	Respuestas
<p>Infertilidad</p>	<p>¿En qué momento comenzaron a percibir que podían existir dificultades para lograr un embarazo?</p>	<p>P1: Desde que inició la relación no nos cuidamos, pero mes a mes me llegaba la regla constantemente.</p> <p>P2: Cuando tuvimos un embarazo fallido y me comentaron en el hospital que tenía fibroides uterina.</p> <p>P3: Cuando nos casamos cometimos el error de empezar a cuidarnos. Luego de un año decidimos que queríamos tener niños, por lo que dejé cuidarme. Al mes y medio de quedar embarazada él bebe se desprendió; sentimos un dolor muy profundo como pareja, después de habernos emocionados al pensar que tendríamos nuestra propia familia.</p> <p>P4: Cuando después de dos años y medio de intentos no quedaba embarazada.</p> <p>P5: Cuando me detectaron cáncer. Fuimos a un doctor porque pensé que estaba embarazada, pero ahí nos vimos con la noticia.</p>

		<p>P6: Por nuestra edad suponíamos que iba a ser un poco complicado.</p>
	<p>¿Buscaron orientación o evaluación médica? ¿Cómo fue esa decisión para ustedes?</p>	<p>P1: Al notar este patrón, decidimos hacernos exámenes profundos. Primero, hicimos unos exámenes en un hospital de Guayaquil, donde una especialista de fertilidad me dijo: “No, usted ya no. Lo único que puede hacer es in vitro”. Eso fue medio chocante, entonces buscamos a uno privado y nos dijo lo mismo, pero de una forma no tan cruda.</p> <p>P2: Me sometí a un proceso para que me extraigan las fibroides y nuevamente lo intentamos. Después de un año, un compañero de trabajo me recomendó visitar un centro de fertilidad, pero por la edad un poco avanzada y mi problema de tiroides, sabía que iba a ser un proceso complicado. Gracias a Dios nos embarazamos a los 39 y 48 años por medio de un proceso de inseminación artificial. Me enfoqué en creer en Dios y en mi pareja.</p> <p>P3: Después de la pérdida de aquel bebe, buscamos una orientación médica. Queríamos saber por qué había suscitado</p>

		<p>ese inconveniente, qué había causado que él bebe se desprendiera. La ginecóloga obstetra me indicó que eso les ocurre a ciertas mujeres y que no debía preocuparme. Me recomendó esperar un año y cuidar mi alimentación antes de quedar embarazada.</p> <p>P4: En ningún momento buscamos ayuda médica, todo lo investigamos en internet. Por mi parte, sentí miedo de hacerme un chequeo profundo, por lo que me podían decir. Gracias a Dios todo se dio a nuestro favor y quedé embarazada.</p> <p>P5: Antes de iniciar el proceso de quimioterapia el médico me hizo exámenes para determinar que no estuviera embarazada, ya que ese era uno de los requisitos del tratamiento.</p> <p>P6: Después del legrado en enero del 2025, preguntamos por qué sucedió y nos dijeron que no fue por alguna condición en específico. Después de eso ya no quisimos intentarlo.</p>
	<p>¿Qué significado tuvo para ustedes como pareja? (identidad, expectativas, proyectos)?</p>	<p>P1: Todavía sigue siendo un proyecto de nosotros, pero existe un tema económico. Lastimosamente el</p>

		<p>tratamiento que debemos hacer cuesta alrededor de \$9000 - \$9500, sin incluir los medicamentos o vitaminas que me envíen. Tenemos bien puesto los pies sobre la tierra, sabiendo que existe la posibilidad de que se dé como que no se dé, pero tenemos fe de que se nos va a dar.</p> <p>P2: A partir de los 35 - 36 años despertó en nosotros el instinto paternal y maternal. Siempre quisimos tener nuestro propio/a hijo/a, pero fuimos maduros al entender que, por motivos médicos, como la edad y otros detalles, podría ser algo que no pasara.</p> <p>P3: Durante nueve años nosotros perdimos tres hijos. Después del último intento, nos dijeron que nos cobraban aproximadamente \$7000 dólares por una inseminación in vitro. Este proceso no nos garantizaba que el bebé se quedara en el vientre. Nos hablaban de la edad, de los riesgos, y para ser sincero, lejos de ayudarnos, lo que hacían era bajarnos la moral. La cuarta vez que quisimos intentarlo una vez más, después de reconocer y entender que le</p>
--	--	---

		<p>estábamos sirviendo a un Dios de milagros, pudimos tener un bebe sin ninguna intervención médica.</p> <p>P4: Uno piensa “de pronto la mujer no es la elegida porque no está sucediendo”, sumado al sentimiento de culpa porque ella iba al gimnasio y yo no. Para mí la edad también fue un factor, porque ante la sociedad ya debíamos haber tenido hijos. Estuvimos intentando durante dos años y no sucedía, lo que fue un poco frustrante.</p> <p>P5: Sí impacta un poco saber que tienes que tomar una decisión en ese momento y que no vas a poder tener hijos por un tema de salud. Seguramente no nos impactó tanto porque teníamos la otra noticia, a la que había que darle más prioridad. Fue una situación de vida o muerte, por eso consideramos que fue la mejor decisión.</p> <p>P6: Nos dimos cuenta de que ya no estábamos en una etapa en la que fuera fácil tener un hijo. Después de intentarlo esa última vez dijimos “ya no, para que sacrificar más”, “tenemos dos, hay que</p>
--	--	--

		disfrutar al más chiquito”.
Dinámica de pareja	A raíz de esta situación, ¿notaron cambios en la manera en que se comunican?	<p>P1: La verdad es que no ha cambiado ni se ha presentado algún problema. Lo asociamos con nuestra edad, ya que hemos pasado por varias cosas. Creo que eso nos ha hecho asimilar la situación de una forma más tranquila.</p> <p>P2: No</p> <p>P3: Nosotros somos cristianos y nos enfocamos en servirle a Dios, en orar. No hubo como tal algún tema de aislamiento ni se perdió la comunicación, más bien lo que hicimos fue unirnos para seguirle orando a Dios y que tenga misericordia de nuestra petición.</p> <p>P4: Nos comunicábamos bien.</p> <p>P5: No</p> <p>P6: Después de esa decisión ya no hablamos más del tema.</p>
	¿Cómo influyo esta situación en su cercanía e intimidad como pareja?	<p>P1: No es que haya influido de manera positiva o negativa.</p> <p>P2: Creo que la situación de no poder embarazarnos rápido nos acercó mucho más.</p>

		<p>P3: Cuando tuve la primera pérdida disminuyó un poco el deseo de tener esa convivencia. Mi esposo tenía miedo de lastimarme; el legado no es algo bonito, sobre todo para la mujer, tanto emocional como físicamente.</p> <p>P4: Como lo hacíamos por medio de un calendario, hubo momentos en los que nos cansábamos o no teníamos ganas. Un día le dije a mi pareja “ya no quiero intentar más. Si quedo bien y sino también”. Después de dejar de pensarlo, todo fluyó natural.</p> <p>P5: Estábamos muy concentrados en la enfermedad y el tema no daba vueltas, lo importante era que ella se recuperara.</p> <p>P6: No</p>
	<p>Cuando se presentaron desacuerdos con respecto al tema, ¿Cómo los manejaron?</p>	<p>P1: No hay ningún tipo de desacuerdo, ambos estamos enfocados en el mismo objetivo. Creo que influye mucho el tema de que los dos ya estamos bastante maduros, lo que permite que las cosas sean más llevaderas.</p> <p>P2: Nosotros nunca tuvimos problemas, la situación no afectó nuestra relación para nada.</p>

		<p>P3: Sí hubo ciertos desacuerdos en la relación. Al principio pensé “mis genes no son compatibles con los de ella”, “¿en qué falle?, ¿qué estoy haciendo mal”. Todos los desacuerdos con el pasar del tiempo fueron quedando atrás, porque gracias a Dios todo pasa y aunque los recuerdos se hacen presentes, solo son eso, recuerdos.</p> <p>P4: Sí, ella no quería seguir intentando porque estaba estresada. Por otro lado, yo sentía frustración porque tenía mucha presión. Como hombre, me hubiese gustado tener hijos a una edad más joven, pero en ese momento no tenía a la mujer adecuada.</p> <p>P5: No, para nada.</p> <p>P5: No se presentaron desacuerdos. En conjunto decidimos que él se haría la vasectomía, al ser un procedimiento más fácil y menos riesgoso que en la intervención en la mujer.</p>
<p>Crisis en la pareja</p>	<p>¿Consideran que esta situación representó una crisis o un momento de desestabilización en su relación? ¿Por qué?</p>	<p>P1: No, para nada. Los dos estamos bastante conscientes de todo y sabemos lo que queremos. Creo que la comunicación ha sido fundamental.</p>

		<p>P2: No, porque mantener la calma, ser positivos y tratar de ser fuertes nos ayudó a lo largo del proceso.</p> <p>P3: Cuando uno desea formar una familia no se imagina que al hacer el chequeo de rutina su hijo ya no va a estar ahí, entonces si fue una crisis. A nosotros nos pasó tres veces y no pasaban de los tres meses. La segunda vez fue traumática para mí, porque le vi los latidos. Luego de esa experiencia no podía ver a ningún bebe ni a ninguna mujer embarazada, me ponía mal y lloraba cuando estaba sola.</p> <p>P4: Nos desestabilizó un poco en la parte de la intimidad. Hubo un momento en el que no quisimos nada, nos enfriamos.</p> <p>P5: Depende de cómo uno lo vea, ya que está la parte subjetiva de cada pareja. La familia de nosotros, de los dos, es más chiquitita, pero no por eso deja de serlo. Eso nos hizo unirnos más.</p> <p>P6: No</p>
	<p>¿De qué manera influyeron otras personas (familia, amigos, entorno social) en la forma en que vivieron esta situación?</p>	<p>P1: Influencia no ha habido, más bien recomendaciones en base a experiencia directa de ellos o de personas cercanas.</p>

		<p>Solo nos han mostrado empatía y apoyo en la situación.</p> <p>P2: Nuestra familia y amigos nos apoyaron mucho durante este proceso. Nunca nos hicieron sentir menos mujer o menos hombre por tener dificultades para concebir.</p> <p>P3: Había amistades que nos decían “mejor dedíquense a otra cosa” “miren el lado positivo, nadie les reclama”. Sí es cierto que teníamos disponibilidad para hacer diferentes cosas, pero llega un momento en el que uno quiere ser mamá y papá. Pienso que las personas que nos rodean son cruciales en construir ese anhelo o destruirlo, por lo que es necesario cambiar de entorno en ese segundo caso.</p> <p>P4: Como ya teníamos bastante tiempo juntos, las amistades y las familias nos preguntaban “¿por qué no tienen un hijo?”. Eso me hacía sentir presionada y a la vez me llevaba a pensar “es verdad, porque si lo estamos intentando no quedamos”. También sentí frustración de que amigas mías quedaban embarazadas y yo no. Por otro lado, yo ignoré la presión de la</p>
--	--	--

		<p>sociedad y pensaba “si Dios quiere que suceda, va a suceder”. Justamente cuando nos relajamos, ella quedó en embarazo.</p> <p>P5: Nuestros sobrinos nos decían “qué pena que no van a poder tener hijos”. El resto de la familia estuvo apoyándonos al cien y nunca nos dijeron “pobrecitos”.</p> <p>P6: No influyó nadie, simplemente nosotros nos dimos cuenta de que fueron algunos intentos fallidos.</p>
	<p>¿Hubo momentos en los que sintieron que la estabilidad de su relación estaba en riesgo debido a esta situación? ¿Cómo los atravesaron?</p>	<p>P1: No, para nada. Cuando nosotros nos conocimos, ya estábamos en una edad avanzada. Éramos conscientes de que el tema de los hijos podía no darse por la edad, ya que es un punto importante. Nos hemos sentado a conversar de la situación tal cual, sin pelos en la lengua, lo que ha permitido que todo fluya con normalidad; si no hubiera conflictos, problemas, expectativas diferentes, y eso sí traería conflicto. Ambos somos conscientes y aceptamos la voluntad de Dios.</p> <p>P2: Somos una pareja con una fuerte estabilidad económica,</p>

		<p>emocional y espiritual. Creo que eso nos mantuvo muy unidos en esa situación.</p> <p>P3: Nosotros no nos enfocamos en “tú eres el problema” o “yo soy el problema”. Nos hicimos varios estudios para saber si había algo que podíamos hacer, pero siempre salía que todo estaba normal. Tratamos de no enfocarnos en la problemática, conozco casos en donde la mujer no pudo tener hijos y el esposo se fue con otra persona, gracias a Dios ese no fue nuestro caso. Juramos en el altar que estaríamos en todo momento, en la riqueza, en la pobreza, en la enfermedad. Aunque al principio estábamos un poco desconcertados con el tema porque no sabíamos qué pasaba, Dios nos ayudó a mantener la estabilidad en el matrimonio.</p> <p>P4: De mi parte, no hubo riesgo de separación. Por mi lado, tampoco, sin embargo, un hombre elige a la mujer con la que quiere tener hijos; si esto no está sucediendo, surgen dudas de si esa mujer es para uno.</p> <p>P5: No, en lo absoluto.</p>
--	--	---

Análisis de las entrevistas:

Dificultad para concebir

El análisis de esta variable mide la percepción de las dificultades para concebir, la búsqueda de asistencia médica y el impacto en las expectativas de los participantes. Se observa que la conciencia de la problemática no suele ser inmediata, sino que emerge a través de distintos momentos. Por un lado, se identifica la cronicidad del tiempo; en las P1 y P2, la incertidumbre se manifiesta tras años de relaciones sexuales sin protección. Por otro lado, la recurrencia de pérdidas gestacionales actúa como un detonante para las P2, P3 y P6, donde la percepción del problema surge tras uno o más embarazos fallidos. Un hallazgo excepcional se presenta en la P5, donde la infertilidad se descubre a través de un diagnóstico de cáncer. En este caso, la urgencia médica forzó a la pareja a ordenar sus prioridades, desplazando el proyecto de parentalidad en favor de la salud de la mujer.

Respecto a la búsqueda de asistencia médica, las experiencias varían significativamente. El discurso de la P1 demuestra el impacto emocional de la comunicación médica, enfatizando la “crudeza” de la especialista al informar sobre el factor femenino y el único modo o solución que tenían para concebir. Por otro lado, en la P4 se muestra evitación hacia la evaluación clínica por temor al diagnóstico, lo que se traduce en “un miedo a lo que podían decir”.

Finalmente, en cuanto a los significados y proyectos de vida, la infertilidad trasciende lo biológico para reconfigurar la identidad de la pareja. Se identifica el factor económico como una barrera en la P1, generando frustración al confrontar el deseo de ser padres con una incapacidad financiera. En la P4, la ausencia de descendencia deriva en sentimientos de culpa por la presión social ligada a la edad. Por último, en la P5 y P6 se evidencia un proceso de renuncia al proyecto de parentalidad. Mientras que en la primera pareja la prioridad fue la salud de la mujer, en la última pareja la prioridad se trasladó al disfrute de la familia existente. Deciden terminar la

etapa reproductiva con el propósito de cuidar el bienestar emocional de sus miembros.

Dinámica de pareja

Esta variable analiza cómo la infertilidad atraviesa la interacción cotidiana de la pareja, centrándose en la comunicación, la intimidad y la gestión de conflictos. Con relación a la comunicación, las P1 y P2 utilizaron su edad como fuente de protección. El percibirse como personas “maduras”, les permitió asimilar la situación sin mayores conflictos. Asimismo, se destaca la presencia de recursos espirituales como estrategia de afrontamiento; para la P3, la fe compartida fortaleció su unión a través de la oración. En el caso de la P6, el cese del tema se analiza como un silencio funcional, en tanto actúa como un límite necesario para resguardar el bienestar emocional de la pareja.

En cuanto a la intimidad y sexualidad, se observa que la búsqueda de un hijo suele condicionar el encuentro sexual, reduciéndolo a fines reproductivos. En la P3, el impacto emocional de las pérdidas gestacionales y las intervenciones médicas (legrados) generaron un distanciamiento físico temporal, donde el miedo de lastimar a la pareja desplazó al deseo. Por su parte, la P4 muestra una pérdida de espontaneidad en el encuentro sexual, al volverse una tarea programada (“lo hacíamos por medio de un calendario”). En la P5, la sexualidad pasó a segundo plano, siendo reemplazada por el acompañamiento y soporte afectivo durante el tratamiento oncológico (quimioterapia).

Finalmente, en la gestión de conflictos, la P4 revela una discrepancia de expectativas: el estrés de la mujer ante las exigencias físicas de la concepción frente a la frustración del hombre por la presión social ligada a la edad, demostrando que cada miembro se posiciona en distintos lugares frente a la crisis. La P6 muestra una resolución de conflictos conjunta, caracterizada por la elección de la vasectomía para evitar riesgos adicionales en la salud de la mujer.

Crisis en el sistema

Esta variable analiza cómo la dificultad para concebir impacta la estabilidad de la pareja, de qué manera el entorno influye en su vivencia y qué

estrategias emplean para sobrellevar los momentos difíciles. Los hallazgos demuestran que la palabra “crisis” se vive de distintas formas: para algunas parejas implicó un quiebre emocional, mientras que para otras fue una situación que fortaleció su relación. En cuanto a la percepción de la crisis, cabe mencionar que varía según la historia y los recursos de cada pareja. Para las P1, P2 y P6, la situación no se percibió como una crisis porque mantuvieron la calma y una actitud positiva. En cambio, la P3 la vivió como una crisis profunda y dolorosa, tras haber perdido tres embarazos. Esto generó un fuerte impacto emocional, principalmente para la mujer, quien lloraba a solas al observar mujeres embarazadas o bebés. En la P5, la pareja aprendió a valorar su unión como una familia “chiquitita”, pero sólida.

El círculo cercano (familia, amigos) desempeñó un rol fundamental en la vivencia de la infertilidad. El entorno fue descrito como empático por las P1, P2 y P5, en tanto sus familias evitaron los juicios. Por el contrario, la P3 se enfrentó a comentarios que minimizaban su deseo de ser padres, llevando a sus miembros a concluir que a veces es necesario cambiar de círculo para proteger sus anhelos. En la P4, las preguntas constantes sobre “¿por qué no tienen hijos?” generaron presión y frustración, especialmente en la mujer, al compararse con amigas que sí lograban embarazarse. Este estrés solo disminuyó cuando la pareja eligió no centrarse en la situación.

A pesar de los momentos difíciles, la mayoría de las parejas no considera que su vínculo estuvo en riesgo. En función de esto, cada pareja utilizó distintas estrategias. Al comunicarse “sin pelos en la lengua” y reconocer desde el principio que podían existir dificultades para concebir debido a sus edades, la P1 se evitó conflictos. Los miembros de la P3 evitaron buscar culpables y se aferraron a su promesa de estar juntos en la salud y la enfermedad. La única excepción aparece en la P4, donde el hombre admite que, aunque no hubo riesgo de separación, sí tuvo dudas sobre si su pareja era “la mujer adecuada” para formar una familia debido a la falta de embarazo. Esto último da cuenta de cómo la infertilidad puede llegar a cuestionar la elección de pareja.

Análisis general

A partir de lo mencionado, se hace evidente que la infertilidad no es un hecho aislado, sino que implica cambios en la estructura y la dinámica del sistema. Los hallazgos sugieren que la dificultad de concebir (variable 1) da origen a una crisis que pone a prueba la flexibilidad de la pareja. En este proceso, la comunicación abierta y la madurez del vínculo se presentan como factores de protección. Esto permitió que la mayoría de las parejas conserven la cohesión pese al desgaste en ciertas áreas, como es el caso de la intimidad y sexualidad (variable 2).

Asimismo, se observa que la estabilidad de la pareja está estrechamente ligada a la influencia externa (variable 3). Mientras que la presión social y el impacto emocional, tras las pérdidas gestacionales, representaron los mayores puntos de desestabilización, la capacidad de la pareja para establecer límites con el entorno y priorizar el cuidado mutuo, como en el caso de la renuncia al proyecto de parentalidad en favor de la salud, fortaleció el vínculo.

En definitiva, los hallazgos demuestran que, ante las crisis de infertilidad, las parejas transitan de una identidad centrada en la reproducción hacia una identidad basada en el soporte afectivo, donde la solidez del “nosotros” es más fuerte que la dificultad para concebir.

CONCLUSIONES

La infertilidad desde el enfoque sistémico constituye una crisis paranormativa que trasciende el ámbito médico para convertirse en un evento disruptivo que exige una reorganización del proyecto compartido de la diada. Al irrumpir en el ciclo vital esperado, esta situación obliga a la pareja a transitar desde una identidad centrada en la procreación hacia una fundamentada en la solidez del vínculo.

La resolución de la crisis no se reduce a la posibilidad de concebir natural o artificialmente, sino a la flexibilidad del sistema para resignificar sus proyectos y priorizar el bienestar emocional y físico de sus miembros por sobre las expectativas y presiones sociales. En este proceso, la dimensión espiritual emerge como un recurso de afrontamiento fundamental. En ciertos casos, la fe y creencias compartidas le atribuyen un sentido a la vivencia, transformando la frustración en una prueba de fortaleza que consolida la unión y mitiga los sentimientos de culpa.

La dinámica relacional es entendida como el conjunto de interacciones que pueden facilitar o dificultar la adaptación del sistema a la crisis. Los hallazgos evidencian una incidencia significativa de los problemas para concebir en principalmente tres dimensiones: la comunicación, la intimidad y el manejo de conflictos. Se observa una marcada tendencia a la instrumentalización de la sexualidad, donde el encuentro íntimo pierde espontaneidad al verse condicionado por calendarios y metas reproductivas. No obstante, frente al desgaste físico y emocional que esto conlleva, las parejas eligen cuidarse mutuamente y acompañarse afectivamente, priorizando su bienestar por sobre lo esperado biológica y socialmente.

La estabilidad del sistema frente a la crisis se encuentra estrechamente ligada a los límites con el entorno. La presión social y las expectativas familiares pueden intensificar los sentimientos de culpa y fracaso, interfiriendo en la relación de la pareja. En este sentido, la estrategia de afrontamiento más efectiva es el establecimiento de límites claros y funcionales con el medio externo. Al proteger su frontera de los comentarios y juicios sociales, la pareja logra validar su unión como una familia completa en sí misma. Esta autonomía

relacional, sumada a la capacidad de comunicar las necesidades y diferencias, garantiza la estabilidad del vínculo y permite que la pareja emerja de la crisis más resiliente y consciente de su identidad compartida.

REFERENCIAS

- American Society for Reproductive Medicine. (2006). Aging and infertility in women. *Fertility and Sterility*, 8c(4), 102-106. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.08.024
- Azana, S. (2026). ¿Por qué se puede ver afectado el amor y el sexo en la infertilidad? *Reproducción Asistida ORG*.
<https://www.reproduccionasistida.org/amor-y-sexo-en-la-infertilidad/#sexualidad-e-infertilidad>
- Becerril, D. (2001). Relaciones de pareja. *Revista de Educacion*(325), 49-55.
https://books.google.com.ec/books?hl=esClr=Cid=Pu0wBwAAQBAJCoifndCpg=PA49Cdq=entorno+social+de+la+parejaCots=aPVgAUoP8LCsig=VzSCw-N_6TLyg68YQChTigl7UiECredir_esc=y#v=onepageCq=entorno%20social%20de%20la%20parejaCf=false
- Borumandnia, N., Alavi Maj, H., Khadembashi, N., C Alaii, H. (2022). Worldwide trend analysis of primary and secondary infertility rates over past decades: A cross-sectional study. *Int J Reprod Biomed*, 20(1), 37-46. doi:10.18502/ijrm.v20i1.10407
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*.
<https://es.scribd.com/document/541899063/Family-Therapy-in-Clinical-Practice-by-Bowen-Murray>
- Bracke, A., Peeters, K., Punjabi, U., Hoogewijs, D., C Dewilde, S. (2018). A search for molecular mechanisms underlying male idiopathic infertility. *Reproductive BioMedicine Online*, 3c(3), 327-339. doi:10.1016/j.rbmo.2017.12.005
- Bravo, A., C Sánchez, R. (2024). Flexibilidad, Tolerancia y Adaptabilidad a la pareja: Creación y Validación de sus Medidas. *Revista del Centro de Investigación de la Universidad La Salle*, 1c(61), 19-56.
<https://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/recein/article/view/3261/3628>
- Brown, J., C Errington, L. (2024). Bowen family systems theory and practice: Illustration and critique revisited. *Australian & New Zealand: Journal of Family Therapy*, 45, 135–155. doi:10.1002/anzf.1589
- Bustos, A. (2020). Pandemia y contexto de crisis. Un enfoque sistémico. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en

- Psicología. <https://www.academica.org/000-007/889.pdf>
- Calomarde, M., Barranquero, M., Azana, S., C Salvador, Z. (2025). ¿Qué diferencias hay entre la infertilidad primaria y la secundaria? Reproduccion Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/infertilidad-secundaria/>
- Campo, C., C Linares, J. (2002). QUÉ SIGNIFICA SER UNA PAREJA. Escuela Sant Pau de Terapia Familiar. <https://etfsantpau.com/wp-content/uploads/2019/11/Campo-Linares-QU%C3%A9-significa-tener-una-pareja.pdf>
- Celemin, A. M. (2019). ABORDAJE SISTÉMICO Y TERAPIA DE PAREJA: UNA APROXIMACIÓN A SUS PRINCIPALES FUNDAMENTOS. Universidad del Área Andina. <https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/725008ca-1700-40d5-9fa6-56daf2526631/content#:~:text=La%20pareja%20y%20la%20terapia,primer%20sistema%20significativo:%20la%20familia.>
- Çinar, P. (2025). Infertility and Bowen's Systematic Family Therapy Approach. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3974133>
- Dagil, L. (2019). PAREJAS DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR. Fundación Universitaria del Área Andina. <https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/5b58f158-63ff-4538-9c94-c7a7e22eb98f/content>
- De la Espriella, R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. Revista Colombiana de Psiquiatria(37). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextCpid=S0034-74502008000500014
- DENDROS. (s.f). LA PAREJA DESDE UNA MIRADA SISTÉMICA. <https://dendros.cat/la-pareja-desde-una-mirada-sistemica/>
- Diccionario Etimologico Castellano en Línea. (2026). Radicación de la palabra infertilidad. <https://etimologias.dechile.net/?infertilidad>
- El Telégrafo. (2018, mayo 26). 1.500 niños nacen en Ecuador con técnicas asistidas. <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/reproduccion-asistida-infertilidad-ecuador>
- El Telégrafo. (2023, junio 2). El 17% de la población en Ecuador es infertil <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/nacionales/44/poblacion-en->

ecuador-es-infertil

- Espinal, I., Gimeno, A., C Gonzalez, F. (s.f). El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. Universitat de Valencia. <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- Estela, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Revista chilena de neuro-psiquiatria, 28(2). doi:10.4067/S0717-92272000000200004
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child and Human Development. (2020). About Infertility and Fertility. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/infertility/conditioninfo#:~:text=%22Infertility%22%20is%20a%20term%20that,than%2035%20years%20of%20age.>
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child and Human Development. (2020). Técnicas de reproducción asistida (ART). https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/infertility/informacion/trata_mientos-art
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child and Human Development. (2020). Tratamientos de fertilidad para hombres. https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/infertility/informacion/trata_mientos-hombres
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child and Human Development. (2025). Tratamiento de fertilidad para mujeres. https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/infertility/informacion/trata_mientos-mujeres
- Faiza, J., Syeda, K., C Sapna, D. (2022). Prevalence of Primary and Secondary Infertility. Saudi Journal of Medicine, 7(1), 22-28. doi:10.36348/sjm.2022.v07i01.004
- Francos, A., Barranquero, M., Salgado, S., C Azaña, S. (2025). ¿Cuáles son las principales causas de esterilidad e infertilidad? Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/causas-de-la-esterilidad/>
- García, J. (2002). La estructura de la pareja: implicaciones para la terapia cognitivo conductual. Clínica y Salud, 13(1), 89-125. <https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/5b58f158-63ff-4538-9c94-c7a7e22eb98f/content>

- Gleicher, N., C Barad, D. (2006). Unexplained infertility: Does it really exist? *Human Reproduction* , 21(8), 1951-1955. doi:10.1093/humrep/del135
- Greil, A., C Johnson, K. (2025). Gender Attitudes: Infertility. In A. Greil, C K.Johnson, *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* (pp. 1-5).
https://www.researchgate.net/publication/397111387_Gender_Attitudes_Infertility
- Griffin, E., Ledbetter, A., C Sparks, G. (2014). *A First Look at Communication Theory*.
<https://www.afirstlook.com/docs/interactionalview.pdf>
- Guerrero, L., Andersen, P., C Afifi, W. A. (2020). *Close Encounters: Communication in Relationships* (Vol. 6). Sage College Publishing.
<https://collegepublishing.sagepub.com/products/close-encounters-6-258240>
- Hernandez, L. (2007). PAREJAS DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR. *Revista de Psicología* .
<https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/5b58f158-63ff-4538-9c94-c7a7e22eb98f/content>
- Instituto Bernabeu. (2026). Cuidado emocional ante la infertilidad.
<https://www.institutobernabeu.com/es/cuidado-emocional-ante-la-infertilidad/>
- Isaksson, R., C Tiitinen, A. (2009). Present concept of unexplained infertility. *Gynecological Endocrinology*, 18(5), 278-290.
 doi:10.1080/0951359042000199878
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *REVISTA TEMAS DE EDUCACIÓN*, 2(1).
https://www.researchgate.net/publication/215561167_La_investigacion_cualitativa_Un_campo_de_posibilidades_y_desafios
- Larco, N. (2025). Reproducción Asistida: Guayaquil suma una nueva clínica. *El Expreso*.
<https://www.expreso.ec/buenavida/reproduccion-asistida-guayaquil-suma-una-nueva-clinica-253823.html>
- Llavona, L. M. (2008). EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA INFERTILIDAD. *Papeles del Psicólogo*, 2S(2), 158-166.
<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1582.pdf>
- López, O. (2021). *Ciclo Vital de las Parejas*. Universidad San Marcos:
<https://repositorio.usam.ac.cr/xmlui/bitstream/handle/11506/1622/LEC%20PSIC%200058%202021.pdf?sequence=1CisAllowed=y>

- Lovo, J. (2021). Crisis familiares normativas. *Atención Familiar*, 28(2).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2021/af212i.pdf>
- Mayo Clinic. (2023). Infertility. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/infertility/symptoms-causes/syc-20354317>
- Mayo Clinic. (2024). Varicocele. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/varicocele/symptoms-causes/syc-20378771>
- Mayo Clinic. (2025). Erectile dysfunction. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/erectile-dysfunction/symptoms-causes/syc-20355776>
- Mayo Clinic. (2025). Klinefelter syndrome. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/klinefelter-syndrome/symptoms-causes/syc-20353949>
- MedlinePlus. (2024). Síndrome del ovario poliquístico. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000369.htm>
- MedlinePlus. (2025). Infertilidad. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001191.htm>
- Menken, J., Trussell, J., C Larsen, U. (1986). Age and Infertility. *Science*, 233(4771).
 doi:10.1126/science.3755843
- Metcalf, L. (2023). *Marriage and Family Therapy*, 3rd Edition.
 doi:10.1891/9780826145383.0001
- Mid-Iowa Fertility. (2026). What Are The Psychological Effects Of Infertility On Couples? <https://midiowafertility.com/fertility-treatment/what-are-the-psychological-effects-of-infertility-on-couples/>
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona.
<https://www.cphbidean.net/wp-content/uploads/2017/11/Salvador-Minuchin-Familias-y-terapia-familiar.pdf>
- Moisa, V. (2022). Functional vs. Dysfunctional in the family system. *New trends in psychology*, 4(2). <https://dj.univ-danubius.ro/index.php/NTP/article/view/2101/2262>
- Moreno, C. (2008). Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 2S(2), 154-157. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1581.pdf>
- Mustafa, M., Sharifa, A., Hadi, J., Illzam, E., C Aliya, S. (2019). Male and Female Infertility: Causes, And Management . *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 18(9), 27-32.
<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/61701278/F180913273220200107-6335-1qrs4w6-libre.pdf?1578388479=Cresponse-content->

disposition=inline%3B+filename%3DMale_and_Female_Infertility_Caus
es_And_M.pdfCExpires=1769750693CSignature=MqLjY0tF6pL-

IxVAFFxsxv5QXqnEdMustafa, Sharifa, Hadi, Zam, C Aliya. (2019). Male and Female Infertility: Causes, and Management. Journal of Dental and Medical Sciences, 27- 32.

National Health Service. (2023). Infertility.

<https://www.nhs.uk/conditions/infertility/>Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child and Human Development. (2020). ¿Cuáles son los tratamientos disponibles para la infertilidad?

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/infertility/informacion/tratamientos>

Nichols, M., C Davis, S. (2017). Family Therapy. Concepts & Methods.

https://fliphtml5.com/lijqd/jnnf/Family_Therapy_Concepts_and_Methods_%28Michael_P._Nichols_Sean_Davis%29/110/

Pajon, D., Jaramillo, J., Lopez, P., Valencia, E., C Viveros, E. (2016). Pragmática de los casos de terapia familiar estructural de Salvador Minuchin. Revista Fundacion Universitaria Luis Amigo, 2, 165-180.

<file:///C:/Users/domen/Downloads/journalsauthors,+Pragm%C3%A1tica+de+los+casos.pdf>

Palacios, E., C Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 38(2).

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200004Cscript=sci_arttext#:~:text=En%20parejas%20inf%C3%A9rtil%20se%20han,culpa%2C%20depresi%C3%B3n%20e%20ideaci%C3%B3n%20suicida.

Pantone, M. L. (2007). El Enfoque Ecosistémico en Terapia de Familia y de Pareja. Psicología - Segunda Epoca, XXVI(1).

<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/repsi/v26n1/v26n1a05>

Parada, L. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. Diversitas, 2(1).

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttextCpid=S1794-99982006000100011#:~:text=De%20esta%20manera%2C%20los%20dilemas,de%20una%20situaci%C3%B3n%20biom%C3%A9dica%20concreta.

Paraíso, B., Sanchez, J., Barranquero, M., C Reus, R. (2024). ¿Qué es la salpingitis?

- Causas, síntomas y tratamiento. Reproducción Asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/salpingitis/>
- Putin, R., Herrero, O., Ribas, E., C Corbella, S. (2023). Impacto psicológico de la infertilidad en pacientes que realizan un tratamiento de reproducción asistida. *Calidad de vida y salud*, 1c(2). <https://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/395>
- Rabionet, S. (2011). How I learned to Design and Conduct Semi-structured Interviews: An Ongoing and Continuous Journey. *The Qualitative Report*, 1c(2), 563-566. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ926305.pdf>
- Rage, E. (1997). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=Cid=23MVgLAL71ICCoifndCpg=PA17Cdq=ciclo+vital+de+la+parejaCots=cqDvnIPJSJeCsig=nqnvAwBiJIAXgTbXGealaawA3doCredir_esc=y#v=onepageCq=ciclo%20vital%20de%20la%20parejaCf=false
- Ramon, S. (2020). INFERTILIDAD. SU IMPACTO EN LA RELACIÓN DE PAREJA Y EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. *Morfovirtual 2020*. <http://www.morfovirtual2020.sld.cu/index.php/morfovirtual/morfovirtual2020/paper/download/442/395>
- Ray, A., Shah, A., Gudi, A., C Homburg, R. (2012). Unexplained infertility: an update and review of practice. *Reproductive BioMedicine Online*, 24(6), 591-602. doi:10.1016/j.rbmo.2012.02.021.
- Real Academia Española. (2024). Infertilidad. <https://dle.rae.es/infertilidad>
- Rebar, R. (2024). Técnicas de reproducción asistida. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/infertilidad-y-aborto-espont%C3%A1neo-recurrente/t%C3%A9cnicas-de-reproducci%C3%B3n-asistida>
- Rodrigo, A., Paraíso, B., Izquierdo, E., Barrenetxea, G., C Barranquero, M. (2024). ¿Qué es la esterilidad? – Causas, diagnóstico y tratamiento. *Reproduccion Asistida ORG*. <https://www.reproduccionasistida.org/esterilidad-e-infertilidad/>
- Ross, R., C Formanek, R. (2019). Social Pressure for Pregnancy Scale: Its Development, Psychometric Properties, and Potential Contributions to Infertility and Depression Research. *Journal of Nursing Measurement*, 27(1), 5-15. doi:10.1891/1061-3749.27.1.5
- Royfman, R., Shah, T. A., Sindhvani, P., Nadiminty, N., C Avidor-Reiss, T. (2021).

- Sterility, an Overlooked Health Condition. *Women*, 1(1), 29-45.
doi:10.3390/women1010003
- Sánchez, R. (2018). Afectividad y Co-Regulación en la Pareja: Validación de un Inventario y Cambios a través del Ciclo Vital. *Psicologia e Educação On-Line*. <https://psicologiaeducacao.ubi.pt/Ficheiros/ArtigosOnLine/2018N1/V1N1online/6.%20V1N1online2018.pdf>
- Sanders, C., Bell, J., C Bower, A. (2011). The Olson Circumplex Model: A systemic approach to couple and family relationships. *InPsych*, 33(1).
<https://psychology.org.au/publications/inpsych/2011/february/sanders>
- Sharma, A., C Shrivastava, D. (2022). Psychological Problems Related to Infertility. *Cureus*, 14(10). doi:10.7759/cureus.30320
- Smith, S., Pfeifer, S., C Collins, J. (2003). Diagnosis and Management of Female Infertility. *JAMA*, 290(13). doi:10.1001/jama.290.13.1767
- Speer, D. (2004). Family Systems: Morphostasis and Morphogenesis, or "Is Homeostasis Enough?". *Family Process*, 43(3), 259-278. doi:10.1111/j.1545-5300.1970.00259.x
- Stange, I., Ortega, A., Moreno, A., C Gamboa, C. (2017). Approach to the concept of couple. *Psicologia para América Latina*, 25.
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttextCpid=S1870-350X2017000300002
- Synlab. (2025). Mas allá del mito: Comprender la infertilidad masculina. LinkedIn.
https://www.linkedin.com/posts/synlabecuador_laboratorio-synlabinfertilidad-masculina-activity-7399562124668325888-gYvd/?originalSubdomain=es
- Terpstra, A. (2025). Relationship Dynamics: Fantasy Bonds, Dysfunctional Relationships, and Functional Relationships. CWCP.
<https://cwcp.ca/blog/relationship-dynamics-fantasy-bonds-dysfunctional-relationships-and-functional-relationships/>
- Tesarik, J. (2025). Lifestyle and Environmental Factors Affecting Male Fertility, Individual Predisposition, Prevention, and Intervention. *International Journal of Molecular Sciences*, 26(6). doi:10.3390/ijms26062797
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2010). Modelo Terapéutico Estructural.
https://maestriaterapiafamiliarunam.weebly.com/uploads/6/1/1/9/6119077/modelo_estructural_monografia.pdf
- Unobravo. (2026). *Terapia sistémico-relacional*.

- <https://www.unobravo.com/es/orientaciones/terapia-sistemico-relacional>
- Valdés, A. (2010). Crisis normativas y no normativas del desarrollo familiar. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50444275/Capitulo_1_Familia_y_crisis-libre.pdf?1479689620=Cresponse-content-disposition=inline%3B+filename%3DCrisis_normativas_y_no_normativas_del_de.pdfCExpires=1771376237CSignature=K-8BFLfUriCPENViXvv8ZihEh3CHGuLDAb
- Wattanapong, S. (2026). Understanding the Difference Between Infertility and Sterility. Bangkok Central Clinic. <https://bccivfwellness.com/differences-sterility-infertility/>
- World Health Organization. (2023). 1 in 6 people globally affected by infertility: WHO. <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>
- World Health Organization. (2023). Infertility Prevalence Estimates, 1990–2021. <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>
- World Health Organization. (2025). Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0b4b00be-9412-4d73-a3a9-1fb00874fdb6/content>
- World Health Organization. (2025). Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility: summary of recommendations. doi:10.2471/B09599
- World Health Organization. (2025). Infertility - Impact. https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_2
- World Health Organization. (2025). Infertility. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- World Health Organization. (2025). WHO issues first global guideline on infertility. <https://www.paho.org/en/news/28-11-2025-who-issues-first-global-guideline-infertility>
- Zayed, A., C El-Hadidy, M. (2020). Sexual satisfaction and self-esteem in women with primary infertility. 25(13). doi:<https://doi.org/10.1186/s43043-020-00024-5>

ANEXOS

ENTREVISTA: INCIDENCIA DE LAS DIFICULTADES PARA CONCEBIR EN LA DINÁMICA DE PAREJA

1. Objetivo de la entrevista

Explorar cómo la experiencia de dificultades para concebir (con o sin diagnóstico médico formal) incide en la dinámica relacional de la pareja y si genera procesos de crisis o reorganización en el sistema conyugal.

2. Encuadre inicial

- La presente entrevista forma parte de una investigación académica.
- El objetivo es comprender cómo las dificultades para concebir pueden influir en la dinámica de pareja.
- La información proporcionada será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos.
- La participación es voluntaria y pueden retirarse en cualquier momento si así lo desean.
- No existen respuestas correctas o incorrectas; nos interesa su experiencia personal como pareja.

Consentimiento verbal:

- ¿Aceptan participar voluntariamente?
- ¿Autorizan la grabación de la entrevista?

3. Datos sociodemográficos básicos

- Edad de ambos
- Tiempo de relación
- Estado civil
- Tiempo intentando concebir
- ¿Han recibido diagnóstico médico formal? (Sí / No / En proceso)

Preguntas de investigación

1. ¿En qué momento comenzaron a percibir que podían existir dificultades para lograr un embarazo?
2. ¿Buscaron orientación o evaluación médica? ¿Cómo fue esa decisión para ustedes?
3. ¿Qué significado tuvo para ustedes como pareja haber atravesado esta situación? (identidad, expectativas, proyectos).
4. A raíz de esta situación, ¿notaron cambios en la manera en que se comunicaban?
5. ¿Cómo influyo esta situación en su cercanía e intimidad como pareja?
6. Cuando se presentaron desacuerdos con respecto al tema, ¿Cómo los manejaron?
7. ¿Consideran que esta situación represento una crisis o un momento de desestabilización en su relación? ¿Por qué?
8. ¿De qué manera influyeron otras personas (familia, amigos, entorno social) en la forma en que vivieron esta situación?
9. ¿Hubo momentos en los que sintieron que la estabilidad de su relación estaba en riesgo debido a esta situación? ¿Cómo los atravesaron?

Adicional:

10. ¿Desean agregar algo más que consideran importante sobre su experiencia?



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Astudillo Álvarez Diana Alejandra**, con C.C: # **0929507226** autora del trabajo de titulación: **La incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja desde el enfoque sistémico**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro/Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo/Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 5 de marzo de 2026

f. _____

Nombre: **Astudillo Álvarez Diana Alejandra**

C.C: **0929507226**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	La incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja desde el enfoque sistémico.		
AUTOR(ES)	Astudillo Álvarez Diana Alejandra		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Psicología, Educación y Comunicación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 de marzo de 2026	No. DE PÁGINAS:	86
ÁREAS TEMÁTICAS:	Dinámica de pareja, Infertilidad, Enfoque sistémico		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Infertilidad; Dinámica de pareja; Enfoque sistémico; Crisis paranormativa; Proyecto de vida		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La infertilidad constituye una condición que afecta a un porcentaje significativo de la población y que, además de su dimensión médica, impacta la organización relacional de la pareja. El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la incidencia de la infertilidad en la dinámica de pareja desde un enfoque sistémico, el cual comprende a la pareja como un sistema estructurado por límites, roles y normas que regulan su funcionamiento. La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo, enmarcado en el paradigma interpretativo. Las herramientas de recolección de datos incluyeron una revisión bibliográfica y la aplicación de entrevistas a parejas con sospechas o un diagnóstico confirmado de infertilidad. Los resultados evidencian que la infertilidad interfiere en el proyecto de vida compartido y genera modificaciones en la comunicación, la intimidad y la toma de decisiones. Asimismo, se identificó la influencia de las expectativas sociales y familiares en los significados que las parejas atribuyen a la experiencia y en su forma de afrontar la crisis paranormativa. Se concluye que es necesario estudiar la infertilidad más allá de su dimensión biomédica para comprenderla de manera integral.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-	E-mail: diana.astudillo01@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210		
	E-mail: marcia.colmont@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			