

Artículo original

Contribuciones psicológicas a la reproducción humana asistida: abordando desafíos y expectativas

Contribuições psicológicas na reprodução humana assistida: abordando desafios e expectativas

Psychological contributions to assisted human reproduction: addressing challenges and expectations

Dirce Anelise Dorst Nienow¹ Lisiane Ligia Mella² ¹Contacto para correspondencia. Universidade de Passo Fundo (Passo Fundo). Rio Grande do Sul, Brasil. dirce_psico@outlook.com²Universidade de Passo Fundo (Passo Fundo). Rio Grande do Sul, Brasil. lisiane.mella@yahoo.com.br

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: El camino a través de la Reproducción Humana Asistida (RA) trasciende los desafíos biomédicos e implica desafíos emocionales y relacionales que requieren una atención psicológica cualificada. Este estudio investiga las contribuciones de la psicología en el contexto de la RA, abordando, desde la perspectiva de profesionales del área, los desafíos y expectativas que experimentan las personas que buscan este tipo de tratamiento. Este estudio se justifica por la importancia de los estudios que abordan la Reproducción Humana Asistida en su complejidad subjetiva, incluyendo los aspectos emocionales y relacionales involucrados, a menudo eclipsados por el enfoque predominante en las técnicas biomédicas. **OBJETIVO:** Comprender cómo la escucha psicológica contribuye al acogimiento del sufrimiento psíquico, la mediación de conflictos y la redefinición del deseo parental. **MÉTODO:** Se trata de un estudio cualitativo y exploratorio realizado mediante entrevistas semiestructuradas con cinco psicólogos que trabajan en el campo. El análisis de contenido resultó en cinco categorías analíticas que destacan cómo el diagnóstico de infertilidad desencadena duelo simbólico, rupturas de identidad y tensiones conyugales. **RESULTADOS:** Los resultados revelan que las intervenciones psicológicas favorecen el desarrollo emocional de las personas y fortalecen los vínculos, pese a la escasa presencia de la psicología en las políticas de salud pública. **CONCLUSIONES:** La conclusión es que la escucha debería ser un elemento estructurante de la atención multidisciplinaria, ampliando la humanización de los procesos reproductivos.

PALABRAS CLAVE: Reproducción Humana Asistida. Infertilidad. Estado Civil. Subjetividad. Psicología de la Salud.

RESUMO | INTRODUÇÃO: O percurso pela Reprodução Humana Assistida (RHA) ultrapassa os desafios biomédicos, mobilizando atravessamentos emocionais e relacionais que exigem atenção psicológica qualificada. Este estudo investiga as contribuições da psicologia no contexto da RHA, abordando, a partir do olhar de profissionais da área, os desafios e expectativas vivenciados por sujeitos que recorrem a esse tipo de tratamento. Justifica-se pela importância de estudos que abordem a Reprodução Humana Assistida em sua complexidade subjetiva, incluindo os aspectos emocionais e relacionais envolvidos, frequentemente ofuscados pelo foco predominante nas técnicas biomédicas. **OBJETIVO:** Compreender como a escuta psicológica contribui para o acolhimento do sofrimento psíquico, a mediação de conflitos e a ressignificação do desejo parental. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, realizada por meio de entrevistas semiestructuradas com cinco psicólogas atuantes na área. A análise de conteúdo resultou em cinco categorias analíticas, que evidenciam como o diagnóstico de infertilidade aciona lutos simbólicos, rupturas identitárias e tensões conyugais. **RESULTADOS:** Os resultados revelam que a atuação psicológica favorece a elaboração emocional dos sujeitos e o fortalecimento dos vínculos, apesar da limitada presença da psicologia nas políticas públicas de RHA. **CONCLUSÕES:** Conclui-se que a escuta deve ser estruturante no cuidado multiprofissional, ampliando a humanização dos processos reprodutivos.

PALAVRAS-CHAVE: Reprodução Humana Assistida. Infertilidade. Conjugalidade. Subjetividade. Psicologia da Saúde.

Presentado 25 ago. 2025, Aceptado 27 oct. 2025,

Publicado XX XXX. 2025

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2025;14:e6434

<https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2025.e6434> | ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

Cómo citar este artículo: Nienow, D. A. D., & Mella, L. L. (2025).

Contribuciones psicológicas a la reproducción humana asistida:

abordando desafíos y expectativas. *Revista Psicología, Diversidade e**Saúde*, 14, e6434. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2025.e6434>

ABSTRACT | INTRODUCTION: The journey through Assisted Human Reproduction (AHR) goes beyond biomedical challenges, involving emotional and relational dimensions that require qualified psychological care. This study investigates the contributions of psychology in the context of AHR, addressing, from the perspective of professionals in the field, the challenges and expectations experienced by individuals who seek this type of treatment. This study is justified by the importance of research that addresses Assisted Human Reproduction in its subjective complexity, including the emotional and relational aspects involved, which are often overshadowed by the predominant focus on biomedical techniques. **OBJECTIVE:** To understand how psychological support contributes to the containment of psychological distress, the mediation of conflicts, and the re-signification of parental desire. **METHOD:** This is a qualitative, exploratory study conducted through semi-structured interviews with five psychologists working in the field. Content analysis yielded five analytical categories, which highlight how the diagnosis of infertility elicits symbolic grief, identity ruptures, and marital tensions. **RESULTS:** The results reveal that psychological intervention supports individuals' emotional processing and strengthens bonds, despite the limited presence of psychology in public health policies. **CONCLUSIONS:** It is concluded that listening should be a structuring element of multidisciplinary care, enhancing the humanization of reproductive processes.

KEYWORDS: Assisted Human Reproduction. Infertility. Marital Status. Subjectivity. Health Psychology.

Introducción

La reproducción asistida (RA) representa, en la actualidad, un campo en expansión que amplía las posibilidades de paternidad para parejas e individuos que se enfrentan a la imposibilidad de concebir hijos de forma espontánea. Técnicas como la fecundación in vitro (FIV), la inseminación intrauterina, la donación de gametos y la gestación subrogada han transformado el panorama de la medicina reproductiva, ampliando sus recursos a contextos marcados no solo por la infertilidad clínica, sino también por nuevas configuraciones conyugales y decisiones reproductivas independientes.

A pesar de los avances biotecnológicos, los tratamientos reproductivos siguen generando intensos impactos emocionales y conflictos subjetivos, como frustración, impotencia y duelo simbólico, que afectan a la identidad y a los vínculos conyugales. Por lo tanto, es esencial considerar las dimensiones psíquicas que impregnan el proceso, reconociendo la psicología como fundamental en la acogida emocional y la mediación de los desafíos relacionales.

Ante este escenario, la investigación titulada Contribuciones de la psicología en el contexto de la reproducción humana asistida: abordando retos y expectativas se justifica tanto por la escasez de investigaciones que aborden la RA más allá de su sesgo biomédico, como por el interés personal de la autora, atravesada por experiencias familiares con la infertilidad. El estudio se basa en referencias teóricas que valoran la escucha clínica como eje estructurante de una atención ética, integral y humanizada. Desde esta perspectiva, el problema de investigación que ha guiado esta investigación es: ¿Cómo puede contribuir la actuación psicológica en el proceso de decisión y en las experiencias conyugales de las parejas y los individuos que recurren a la reproducción humana asistida?

La reproducción humana asistida en el mundo y en Brasil

El presente estudio aborda la reproducción humana asistida (RA) en su dimensión histórica, técnica y psicológica, tanto en el escenario mundial como en el contexto brasileño. Para ello, adopta un enfoque teórico que contempla las contribuciones de distintos autores de las áreas médica, psicológica y sociocultural, ofreciendo subsidios para una comprensión integral del fenómeno. Las reflexiones presentadas se basan en estudios que discuten los avances biotecnológicos y la consolidación de la RA como práctica médica y multidisciplinar (Aleixo & Almeida, 2022; Costa, 2023; Salardi et al., 2024), así como su inserción en el Sistema Único de Saúde (Conceição et al., 2022) y los impactos emocionales experimentados por las parejas en tratamiento (Ferrari & Ribeiro, 2020; Rangel et al., 2021). De este modo, se busca ampliar la mirada más allá de los aspectos biomédicos, incorporando las dimensiones éticas, emocionales y relacionales que atraviesan este proceso.

En este contexto, [Aleixo](#) y Almeida (2022) explican que la RA se compone de técnicas aplicadas a casos de infertilidad, seleccionadas según las particularidades de cada situación, con preferencia por métodos menos invasivos y eficaces. Aunque a menudo se asocian con la acción médica, estas prácticas involucran a un equipo multidisciplinario, lo que justifica el uso del término reproducción humana asistida en lugar de reproducción médicamente asistida. Entre los principales procedimientos, los autores citan la inseminación intrauterina, considerada simple y poco invasiva, y la fecundación in vitro (FIV), que realiza la fecundación del óvulo en el laboratorio. En casos de infertilidad masculina grave, destacan la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) y el diagnóstico genético preimplantacional, que permite identificar alteraciones genéticas antes de la transferencia embrionaria. Además, prácticas como la donación y la adopción de gametos o embriones constituyen alternativas éticas y clínicas importantes en el contexto reproductivo contemporáneo.

De este modo, el desarrollo de la RA se vio impulsado por los avances de la biotecnología y la medicina reproductiva a nivel mundial, lo que permitió a países latinoamericanos, como Brasil, seguir esta evolución e integrarse en el panorama internacional de las prácticas reproductivas ([Salardi](#) et al., 2024). En el escenario brasileño, los mismos autores destacan que el país se consolidó como referencia en reproducción asistida a partir de la década de 1980, con el nacimiento del primer bebé concebido por fecundación in vitro en 1984, en el estado de Paraná. Desde entonces, Brasil ha seguido el avance de las tecnologías reproductivas y ha ampliado sus prácticas clínicas, convirtiéndose en uno de los pioneros de América Latina. Además de los avances técnicos, la normalización promovida por el Conselho Federal de Medicina (CFM) ha sido esencial para garantizar los parámetros éticos y científicos de los procedimientos, reforzando la credibilidad y la seguridad de las prácticas realizadas en el país ([Salardi](#) et al., 2024).

Según [Costa](#) (2023), el estado de Rio Grande do Sul cuenta con solo dos hospitales públicos que ofrecen servicios de reproducción humana asistida (RA): el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) y el Hospital Fêmina. Ambas instituciones atienden a pacientes derivadas por unidades básicas de salud, dando prioridad a mujeres de hasta 35 años,

debido a la ausencia de una normativa nacional sobre el tema. Aunque los procedimientos de RA no están oficialmente incluidos en la tabla del Sistema Único de Saúde (SUS), estos hospitales mantienen programas propios para ofrecer tratamientos como la fecundación in vitro (FIV). En el HCPA, por ejemplo, se realizan aproximadamente 200 procedimientos al año, con una tasa de éxito aproximada del 40 %. A pesar de que los servicios son gratuitos, los pacientes pueden tener que asumir los costes relacionados con los exámenes complementarios y los medicamentos. Además, debido a la elevada demanda y a la capacidad limitada, es habitual que se formen colas de espera para iniciar el tratamiento.

Los estudios indican que el Sistema Único de Saúde (SUS) ha implementado protocolos para la atención integral en reproducción humana asistida (RA), garantizando la actuación multiprofesional y la inclusión del acompañamiento psicológico como parte esencial de la atención, a través de la escucha clínica, los grupos de apoyo y la evaluación emocional de los pacientes ([Conceição](#) et al., 2022). Con el fin de apoyar estas experiencias, la psicología ha demostrado ser fundamental en la acogida de parejas que se enfrentan al diagnóstico de infertilidad, no solo por el apoyo emocional que ofrece, sino también por la mediación de los impactos subjetivos de esta experiencia. En esta perspectiva, [Rangel](#) et al. (2021) destacan que las parejas en tratamiento de RA se enfrentan a intensos impactos emocionales, marcados por sentimientos de angustia, ansiedad y frustración derivados de las dificultades reproductivas. En estos contextos, la atención psicológica desempeña un papel esencial al ofrecer acogida y permitir la elaboración de las pérdidas, el sentimiento de impotencia y las frustraciones que acompañan al proceso de infertilidad.

Según [Ferrari](#) y Ribeiro (2020), el acompañamiento psicológico en las experiencias reproductivas contribuye a sostener a la pareja ante las exigencias emocionales y simbólicas que impone el proyecto de la paternidad. La presencia del psicólogo en equipos multiprofesionales de RA permite fortalecer los vínculos conyugales, favorece la construcción de estrategias de afrontamiento más saludables y promueve el bienestar psíquico y relacional de los involucrados, ampliando la mirada sobre las dimensiones subjetivas que atraviesan el deseo de tener hijos.

Metodología

La investigación empleada fue de naturaleza cualitativa y carácter exploratorio, basada en entrevistas semiestructuradas realizadas a cinco psicólogas que trabajan clínicamente en el área de la reproducción humana asistida (RA). La selección de las participantes se realizó mediante una encuesta en clínicas especializadas en RA, complementada con recomendaciones de profesionales del área y búsquedas específicas en mecanismos de investigación en internet. Este enfoque permitió articular la teoría y la práctica, promoviendo una escucha sensible a las experiencias subjetivas que surgen en el contexto de la RA.

En este sentido, el objetivo general de la presente investigación fue comprender cómo la actuación de la psicología contribuye a acoger las demandas emocionales y a fortalecer la convivencia en el contexto de la RA. Basándose en esta perspectiva, se definieron los siguientes objetivos específicos: (1) identificar los principales impactos emocionales a los que se enfrentan las parejas y las personas en tratamiento; (2) comprender las estrategias terapéuticas utilizadas por los psicólogos que trabajan en el área; y (3) analizar cómo la escucha clínica contribuye a la elaboración simbólica del deseo de paternidad y a la mediación de los conflictos conyugales.

Además de articular la teoría y la práctica, este enfoque cualitativo también permitió un acceso detallado a las percepciones de las profesionales entrevistadas, valorando los significados construidos en sus experiencias clínicas. Como destaca [Flick](#) (2008), este tipo de investigación es especialmente útil para acceder a contextos simbólicos, es decir, aquello que no es solo objetivo o concreto, sino que moviliza afectos, valores y subjetividades, a través de relatos detallados y contextualizados.

A partir de este enfoque, el diseño exploratorio tuvo como objetivo favorecer la recopilación de información aún poco abordada en la literatura psicológica, especialmente en lo que se refiere a las intervenciones clínicas dirigidas al fortalecimiento de la convivencia y al enfrentamiento de los retos emocionales de la infertilidad. Siguiendo esta orientación metodológica, la investigación se llevó a cabo mediante entrevistas elaboradas específicamente para este estudio, con el fin de comprender cómo los psicólogos perciben

y actúan ante las demandas emocionales que surgen en el contexto de la reproducción humana asistida (RA). Las preguntas buscaban explorar la experiencia clínica de las participantes, contemplando aspectos como: los efectos de los factores culturales, sociales y económicos sobre las experiencias reproductivas; los principales desafíos emocionales que enfrentan las personas o parejas que recurren a la RA; y la identificación de posibles lagunas en la atención psicológica que se ofrece actualmente.

En cuanto a la definición de las participantes, el muestreo fue intencional, con criterios de inclusión definidos como la disponibilidad para participar en la investigación y la experiencia práctica en el área. En cuanto a los criterios de exclusión, se descartó a los profesionales que no tenían experiencia directa o previa en RA, con el fin de garantizar la coherencia y la relevancia de los informes obtenidos.

Para la recopilación de datos, las entrevistas se realizaron de forma presencial y en línea, tuvieron una duración media de 50 a 60 minutos y siguieron un guion predefinido. El guion incluía preguntas abiertas sobre el perfil de los pacientes atendidos por las participantes, cuestiones relacionadas con las experiencias emocionales y la actuación clínica en RA, las estrategias clínicas utilizadas y la percepción de las contribuciones de la psicología en este contexto.

En cuanto a los aspectos éticos de la investigación, el estudio siguió íntegramente las directrices de la Resolução n.º 510/2016 del Conselho Nacional de Saúde, y fue aprobado por el Comité de Ética em Pesquisa (CEP), CAAE n.º 84978324.3.0000.5342. Todas las participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE), elaborado de acuerdo con los principios de autonomía, confidencialidad y protección de datos personales, de conformidad con la Ley General de Protección de Datos (LGPD), n.º 13.709/2018. Tras la aprobación del Comité de Ética, la recopilación de datos se llevó a cabo entre marzo y abril de 2025, incluyendo entrevistas presenciales y en línea, según la disponibilidad y la ubicación de las participantes.

Para el tratamiento de la información obtenida, se utilizó el análisis cualitativo de contenido, según lo propuesto por [Flick](#) (2008), incluyendo las etapas de lectura flotante, identificación de unidades de significado, codificación y categorización analítica.

Las declaraciones se agruparon según los significados predominantes, con el fin de revelar patrones, tensiones y singularidades en las prácticas psicológicas descritas.

Como resultado del proceso analítico, la elección de entrevistar a psicólogas con diferentes formaciones y experiencias, en contextos como clínicas, hospitales y equipos multiprofesionales, permitió construir un panorama diversificado de las prácticas psicológicas en la RA. Esta diversidad enriqueció el análisis y contribuyó a la producción de conocimientos aplicables a la práctica clínica y a la formación de profesionales sensibles a las dimensiones emocionales y conyugales del tratamiento. Con el fin de ilustrar esta diversidad, se presenta a continuación la tabla 1, que reúne la información relativa a la caracterización sociodemográfica y profesional de las participantes, incluyendo edad, género, formación, tiempo de actuación en la RA, región de atención y tipo de servicio, con el objetivo de contextualizar la muestra y calificar el análisis de los datos.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y profesional de las participantes

| Participante | Edad | Género | Formación académica | Tiempo de actuación en RA | Región de actuación | Consulta privada |
|----------------|---------|--------|--|---------------------------|--|--|
| Participante 1 | 47 años | M | Psicología; Especialista en Neuropsicología; Especialista en Psicopatología (en curso); Especialista en Psicología Perinatal y Duelo | 2 años | Brasil (RS) | Consulta privada |
| Participante 2 | 54 años | M | Psicología y Filosofía; Especialista en Psicoanálisis Clínico; Máster en RA; Terapia de pareja; Doctoranda en Psicología | 5 años | Estados Unidos, Europa y Brasil (varias regiones) | Consulta privada |
| Participante 3 | 69 años | M | Pedagogía; Psicología Analítica; Terapia Sistémica; Sexualidad Humana | 10 años | Brasil (RS), Singapur, Canadá, Estados Unidos, Francia | Consulta privada |
| Participante 4 | 27 años | M | Psicología; Residencia Multidisciplinar Materno-Infantil; Posgrado en Psicoanálisis | 2 años | Brasil (RS) | Servicio público de salud; hospital y consulta privada |
| Participante 5 | 64 años | M | Psicología psicoanalítica; Especialista en madre-bebé e infantil; Psicología en Educación; Máster en Desarrollo | 10 años | Brasil (RS, SC, PR, SP), Angola, Francia | Clínica privada de reproducción humana asistida (RA) |

Fuente: las autoras (2025).

Como se muestra en la tabla 1, las participantes en este estudio son todas mujeres, con una edad predominante superior a los 45 años y una experiencia significativa en el ámbito de la reproducción humana asistida (RA). La excepción es la participante 04, de 27 años y con dos años de experiencia profesional. Su temprana incorporación al área se debe a la realización de una residencia multiprofesional, que le permitió trabajar directamente con pacientes hospitalizados en tratamiento de RA. Las demás participantes tienen entre cinco y diez años de experiencia clínica en el área, lo que contribuyó a la diversidad y profundidad de las reflexiones compartidas. Se observa que la mayoría de las profesionales trabajan en consultorios privados, aunque también hay informes de experiencias complementarias en servicios públicos e instituciones hospitalarias.

La mayoría de las participantes actúan en la región sur de Brasil, principalmente en Rio Grande do Sul, pero también atienden a pacientes de otras partes de Brasil e incluso de otros países, lo que hace que el contexto clínico de las participantes sea muy variado y representativo.

Contextualización de las categorías analíticas

Para el sustento teórico de las categorías analíticas, este estudio se basa en las contribuciones de autores que abordan las experiencias subjetivas, emocionales y relacionales en el contexto de la reproducción humana asistida (RA). En este sentido, destacan las reflexiones de [Farinati et al. \(2006\)](#), [Sonego et al. \(2016\)](#), [Vieira](#) y [Oliveira \(2018\)](#), [Ribeiro \(2016\)](#) y [Ferrari y Ribeiro \(2020\)](#), cuyas obras permiten comprender los significados atribuidos

a la infertilidad, la paternidad y los retos a los que se enfrentan las parejas y las personas a lo largo del tratamiento. En diálogo con estas autoras, [Aleixo](#) y Almeida (2022), [Conceição](#) et al. (2022), [Rangel](#) et al. (2021) y [Salardi](#) et al. (2024) amplían esta discusión al integrar dimensiones técnicas, éticas y psicosociales, evidenciando la importancia de la escucha clínica y la actuación multiprofesional en la RA. Estos referentes sustentan la interpretación de los hallazgos, favoreciendo una escucha más sensible y comprometida con las complejidades emocionales que impregnan este proceso.

A continuación, se presentan las cinco categorías analíticas construidas a partir de las narrativas de las participantes: (1) Configuraciones conyugales y experiencias individuales, que aborda el perfil de los sujetos que recurren a la RA; (2) Impactos emocionales del diagnóstico de infertilidad; (3) Entre expectativas y frustraciones en el tratamiento de la RA: el proceso de toma de decisiones; (4) Desafíos del recorrido, tensiones y fragilidades a lo largo del tratamiento; y (5) La contribución de la psicología en el contexto de la RA, poniendo de manifiesto las lagunas, los desafíos y las posibilidades de intervención clínica.

Configuraciones conyugales y experiencias individuales: perfil de las personas que recurren a la RA

Esta categoría analiza el perfil de las personas que recurren a la reproducción humana asistida (RA), poniendo de manifiesto la diversidad de perfiles y trayectorias afectivo-reproductivas relatadas por las participantes. Las experiencias apuntan a la complejidad subjetiva inherente a esta decisión, impregnada de diferentes configuraciones conyugales, proyectos parentales y contextos socioculturales.

Las entrevistadas relatan que el tratamiento es buscado por parejas heterosexuales, parejas homosexuales y personas que desean tener hijos de forma independiente, abarcando diferentes edades e historias personales. Como observa la participante 01, se trata de una «búsqueda de varias generaciones y varias edades». La participante 05 añade que, inicialmente, muchas mujeres buscan acompañamiento psicológico debido a la frustración por la dificultad para quedarse embarazadas, lo que genera sentimientos de incapacidad. A lo largo del proceso, las parejas comienzan a involucrarse

más activamente, lo que hace que el sufrimiento se comparta en la vida conyugal.

En este sentido, [Farinati](#) et al. (2006) argumentan que la infertilidad moviliza dimensiones subjetivas y relacionales que requieren una elaboración emocional. El deseo de tener un hijo, cuando se ve frustrado, impacta profundamente en el proyecto de vida de la pareja. La participante 02 amplía esta comprensión al incluir a parejas homosexuales y personas solteras que, aunque son fértiles, necesitan la mediación de terceros, una condición que puede generar un «sufrimiento simbólico», descrito como una «herida narcisista». En el ámbito de la reproducción humana asistida (RA), dicha «herida» se refiere a la experiencia simbólica de pérdida relacionada con la imposibilidad de concebir con material genético propio, especialmente en casos que implican donaciones. Esta realidad puede despertar sentimientos de insuficiencia, culpa y angustia ante la idealización de una paternidad plena ([Farinati](#) et al., 2024).

Desde esta perspectiva, [Ferrari](#) y Ribeiro (2020) sostienen que estas experiencias exigen al psicólogo una escucha atenta a las fantasías inconscientes y a la preservación simbólica de la paternidad. Por su parte, [Sonego](#) et al. (2016) destacan que el deseo de tener hijos, en la actualidad, se inscribe en nuevos formatos familiares y reconfiguraciones identitarias. Esta comprensión es corroborada por [Salardi](#) et al. (2024), al evidenciar que los avances en la reproducción asistida han ampliado las posibilidades de filiación y desafiado los modelos tradicionales de paternidad. La participante 05 corrobora esta perspectiva al afirmar que, especialmente en casos de reproducción independiente o entre parejas homosexuales femeninas, «el foco está en el deseo de tener un hijo» y no en la infertilidad clínica, lo que exige una escucha sensible a las singularidades de estos arreglos.

La participante 03 menciona a las mujeres de edad avanzada que recurren a la congelación de óvulos para preservar la maternidad, destacando la importancia de las redes de apoyo entre mujeres. También relata el caso de una pareja que, tras 25 años de intentos, optó por la ovodonación, lo que demuestra que, incluso ante las limitaciones biológicas y económicas, el deseo de ser padres persiste. Así, la paternidad se entiende más allá de la dimensión biológica, como una construcción simbólica y emocional ([Rangel](#) et al., 2021; [Sonego](#) et al., 2016).

A diferencia de las demás participantes, la participante 04 relata haber trabajado con parejas cuyos hijos nacieron por RA y estaban hospitalizados. Según ella, la fragilidad emocional que se experimenta en este contexto intensifica el sentimiento de unión, fortaleciendo no solo el compromiso con el cuidado del hijo, sino también el cuidado mutuo entre los miembros de la pareja, que pasan a apoyarse emocionalmente ante las adversidades. Esta experiencia corrobora la visión de [Farinati et al. \(2006\)](#), según la cual el sufrimiento generado por la infertilidad trasciende el ámbito clínico y alcanza los vínculos afectivos, como también lo refuerzan [Rangel et al. \(2021\)](#), al evidenciar que el proceso reproductivo moviliza emociones profundas y exige a la pareja estrategias de afrontamiento que fortalecen la relación.

En los casos de ovodonación, especialmente entre familiares, [Farinati et al. \(2024\)](#) alertan sobre las fantasías inconscientes y los conflictos relacionales que ello implica, lo que exige al psicólogo una escucha ética y cualificada. La Resolución n° [2.320/2022](#) del Conselho Federal de Medicina (CFM) que permite la donación por parte de familiares hasta el cuarto grado amplía las posibilidades de acceso, pero puede hacer que el proceso sea más delicado desde el punto de vista psíquico.

En resumen, las narrativas de las participantes demuestran que el deseo de ser padres trasciende los límites clínicos y los modelos familiares tradicionales. La psicología, en este contexto, asume un papel fundamental al acoger la complejidad de los recorridos, sostener simbólicamente los proyectos parentales y promover la elaboración subjetiva de las experiencias vividas, tal y como defienden [Farinati et al. \(2006\)](#), [Sonego et al. \(2016\)](#), [Ferrari y Ribeiro \(2020\)](#) y [Rangel et al. \(2021\)](#). En casos como la ovodonación, especialmente cuando hay personas conocidas o de la propia red familiar involucradas, se señalan implicaciones psíquicas complejas. Tales situaciones exigen del psicólogo una escucha sensible y ética que ayude en la simbolización y el manejo de las tensiones inconscientes despertadas por estas elecciones [Farinati et al. \(2024\)](#).

La nueva Resolução do CFM n° [2320/2022](#) (2022) establece que la identidad del donante debe permanecer anónima, excepto en los casos en que exista un parentesco de hasta cuarto grado ([Sociedade Brasileira de Reproducción Asistida, 2022](#)). A pesar de esta ampliación de las posibilidades de donación,

los especialistas advierten que esta modalidad de elección no siempre facilita el proceso. Por el contrario, puede generar desafíos adicionales de orden emocional y relacional, lo que exige una mayor preparación y acompañamiento psicológico. Según [Farinati et al. \(2024\)](#), aunque la norma favorece la participación de más personas como donantes, los aspectos psicológicos involucrados pueden hacer que el proceso sea más complejo, lo que exige un apoyo clínico adecuado.

El trabajo de la psicología debe ayudar a aceptar los límites reproductivos y el duelo por la imposibilidad de tener hijos con el propio material genético, favoreciendo nuevas formas simbólicas de realizar el deseo parental. La participante 03 menciona estas como «cuestiones muy difíciles», que implican no solo factores como la edad, los costes o las limitaciones médicas, sino, sobre todo, la elaboración psíquica de la ausencia y las renunciadas inherentes al proceso. Afrontar estas condiciones requiere aceptar la finitud, lidiar con el miedo a no concretar la maternidad y reconstruir simbólicamente el proyecto parental ante las frustraciones y decisiones que lo acompañan. Desde la perspectiva de [Farinati et al. \(2024\)](#), el deseo de ser padres moviliza fantasías inconscientes y experiencias psíquicas anteriores, lo que exige al sujeto un trabajo simbólico de elaboración ante las pérdidas, frustraciones y transformaciones impuestas por los límites reproductivos.

En resumen, los relatos de esta categoría demuestran que la búsqueda de la reproducción humana asistida (RA) se manifiesta en diferentes configuraciones conyugales, experiencias subjetivas y construcciones simbólicas del deseo parental. La diversidad de los sujetos que recurren a este procedimiento revela la necesidad de un enfoque psicológico que acoja la singularidad de cada trayectoria, reconociendo las múltiples formas de constituir una paternidad posible. Las contribuciones teóricas de [Farinati et al. \(2006\)](#), [Sonego et al. \(2016\)](#), [Ribeiro \(2016\)](#), [Ferrari y Ribeiro \(2020\)](#) refuerzan la importancia de comprender estas experiencias más allá de los límites clínicos, valorando los significados subjetivos y los desafíos emocionales inherentes al deseo de tener un hijo. Desde esta perspectiva, [Salardi \(2024\)](#) actualizan este debate al enfatizar que las nuevas formas de paternidad derivadas de la reproducción asistida desafían las concepciones tradicionales de la familia y amplían las formas de experimentar el vínculo parental en la actualidad.

Los relatos de las participantes, en consonancia con la literatura, evidencian la complejidad de los sujetos que recurren a la reproducción humana asistida (RA), marcados por diferentes trayectorias reproductivas y configuraciones conyugales. Estas experiencias demuestran que el deseo de paternidad trasciende los límites biológicos y los modelos tradicionales de familia.

Impactos emocionales del diagnóstico de infertilidad

Continuando con el análisis de las experiencias subjetivas que impregnan los diferentes perfiles de individuos y parejas que recurren a la reproducción humana asistida (RA), esta categoría aborda los impactos emocionales desencadenados por el diagnóstico de infertilidad, que a menudo rompe con las expectativas del proyecto parental y moviliza sentimientos como el miedo, la frustración, la impotencia y el sufrimiento subjetivo. Estas vivencias ponen de manifiesto la complejidad de las experiencias subjetivas que permean a las personas y parejas que recurren a la reproducción humana asistida (RA). El testimonio de la participante 03 evidencia la angustia ante el paso del tiempo, especialmente entre las mujeres en edad reproductiva avanzada, que recurren a la congelación de óvulos como intento de manejar la ansiedad ante los límites de la fertilidad. Como señalan [Sonego](#) et al. (2016), afrontar la infertilidad moviliza contenidos psíquicos profundos, atravesados por idealizaciones y renunciaciones que marcan el deseo de ser padres. En este mismo sentido, [Farinati](#) et al. (2006) destacan que este proceso implica experiencias de pérdida simbólica y la necesidad de redefinir el proyecto de tener un hijo, lo que exige una escucha clínica cualificada desde los primeros momentos del tratamiento, como también subrayan [Rangel](#) et al. (2021) al evidenciar que el sufrimiento emocional derivado de la infertilidad repercute en la dinámica conyugal y requiere un seguimiento psicológico continuo para promover la elaboración simbólica y el fortalecimiento de los vínculos afectivos.

En un contexto más amplio, los estudios indican que el proceso de reproducción humana asistida (RA) provoca intensas repercusiones emocionales y exige una reorganización psíquica ante la frustración del proyecto parental. [Sonego](#) et al. (2016) y [Farinati](#) et al. (2006) señalan que la infertilidad moviliza sentimientos de impotencia, ansiedad y duelo

simbólico, lo que afecta a los vínculos afectivos y conyugales. Desde esta perspectiva, [Rangel](#) et al. (2021) refuerzan la importancia de la escucha psicológica continua para ayudar en la elaboración de las pérdidas y en la reconstrucción simbólica del deseo de paternidad.

En este contexto, la participante 01 describe la experiencia de la infertilidad como un verdadero "duelo emocional", caracterizado por el rompimiento de las expectativas inherentes a la relación conyugal. En sus palabras, "cuando el deseo de tener hijos está implícito en la relación conyugal, el diagnóstico de infertilidad puede ser vivido como un duelo inesperado, impactando significativamente el vínculo de la pareja". Este relato demuestra cómo el descubrimiento de la infertilidad trasciende el diagnóstico clínico, movilizándolo intensos sentimientos de pérdida, culpa y frustración en el ámbito afectivo. Estos impactos emocionales, a menudo silenciosos, debilitan la autoestima y la identidad de los individuos, demandando un trabajo psíquico constante. Para [Farinati](#) et al. (2006), la infertilidad afecta los vínculos conyugales, exigiendo la resignificación de los proyectos de vida y el enfrentamiento de sentimientos de inadecuación, lo que puede desencadenar fantasías inconscientes de fracaso e insuficiencia, especialmente en las mujeres, intensificando sentimientos de inadecuación, culpa y vergüenza, y demandando seguimiento psicológico atento a estos aspectos subjetivos. Así como señalan [Rangel](#) et al. (2021) al evidenciar que el sufrimiento emocional derivado de la infertilidad repercute directamente en la relación conyugal y requiere acogida terapéutica desde el inicio del tratamiento. Complementariamente, [Ferrari](#) y Ribeiro (2020) observan que estas vivencias afectan profundamente la conyugalidad, pudiendo generar distanciamientos, conflictos silenciosos y sentimientos de impotencia compartida. Las autoras añaden que este sufrimiento requiere una escucha psicológica sensible, capaz de sostener el proceso de reconstrucción simbólica del deseo de parentalidad.

De manera similar, [Rangel](#) et al. (2021) señalan que el diagnóstico de infertilidad afecta la identidad y la autoestima, generando sentimientos de inadecuación y frustración que comprometen el vínculo conyugal y demandan apoyo psicológico. Este contexto exige de la pareja la resignificación de los proyectos familiares y afectivos. Como expresa la participante 01: "la mujer se cobra mucho por ello, cuando el problema

está en ella, entonces tiene esa liberación del hombre para que él realice un sueño. Puedo 'matar mi sueño', así lo libero para vivir su sueño". El relato evidencia la renuncia como sufrimiento emocional y la culpa experimentada por mujeres que se perciben como causa de la infertilidad. Esta experiencia, marcada por un peso subjetivo y simbólico revela cómo los papeles socialmente atribuidos a la mujer todavía refuerzan la responsabilidad por la fertilidad de la pareja. Como señalan [Sonego et al. \(2016\)](#), este sufrimiento subjetivo demanda porque implica lutos simbólicos y complejos mecanismos psíquicos relacionados con la imposibilidad de engendrar biológicamente un hijo.

Complementando esta dimensión subjetiva sostenida por los autores, la participante 02 destaca la dolorosa diferencia entre "no desear" tener hijos y "no poder" tenerlos, enfatizando la gravedad de esta realidad: "No poder es muy diferente a no querer, una cosa es no querer. Ahora no podemos, es muy difícil." Esta distinción revela que la infertilidad trasciende el campo físico, configurándose como una vivencia emocional permeada por sentimientos de frustración y pérdida de autonomía sobre el propio proyecto de vida. En consonancia, [Ribeiro \(2016\)](#) indica que este enfrentamiento activa fantasías inconscientes relacionadas con la insuficiencia, desafiando al sujeto a elaborar psíquicamente la ruptura con los ideales construidos alrededor de la parentalidad, como también destacan [Rangel et al. \(2021\)](#) al evidenciar que el sufrimiento derivado de la infertilidad expresa el dolor de no poder realizar el deseo reproductivo, movilizándolo sentimientos de impotencia y exigiendo una escucha clínica acogedora y reparadora.

Dando continuidad a los informes, la participante 05 destaca que, después de aproximadamente un año de intentos infructuosos, surgen los primeros indicios que motivan la búsqueda de tratamientos especializados. Inicialmente, muchos pacientes priorizan exámenes e intervenciones clínicas, posponiendo la acogida emocional. También según la participante, independientemente de la configuración familiar, "parejas homoafectivas, heteroafectivas o en proyectos parentales individuales", el "objetivo central" es el "deseo de tener un hijo". En el caso de parejas homosexuales femeninas, los tratamientos tienden a ser más directos, ya que "generalmente no hay compromisos orgánicos" relacionados con la fertilidad. Sin embargo, el seguimiento psicológico es fundamental a lo largo de todo el proceso. Como destacan [Aleixo y Almeida \(2022\)](#), la experiencia de la

reproducción humana asistida moviliza dimensiones subjetivas y afectivas comunes a diferentes configuraciones familiares, en las cuales el deseo de parentalidad se manifiesta como elemento central, independientemente de la orientación sexual o la estructura conyugal. La participante 05 refuerza que, independientemente del género o de la configuración familiar, los sujetos que recurren a la RA experimentan frustraciones subjetivas que, aunque distintas en sus formas, presentan intensidades similares.

Esta constatación evidencia la importancia de una escucha clínica atenta a las singularidades de cada trayectoria, evitando generalizaciones que desatiendan el sufrimiento emocional implicado. De esta manera, la reproducción humana asistida (RA) debe ser entendida no solo como un recurso técnico, sino como un proceso complejo que demanda apoyo psicológico y médico integrado, capaz de acoger y fortalecer a los individuos y parejas frente a desafíos afectivos, simbólicos y relacionales inherentes al proyecto parental, como destacan [Conceição et al. \(2022\)](#) al defender la necesidad de un enfoque interdisciplinar que reconozca la RA como experiencia humana y emocional, y no solo biomédica.

Entre expectativas y frustraciones en el tratamiento de la RA: el proceso de toma de decisiones

Siguiendo el análisis de las vivencias emocionales en la reproducción humana asistida (RA), esta categoría analítica evidencia como el deseo de tener hijos, cuando confrontado con los límites impuestos por la infertilidad y las exigencias de los procedimientos clínicos, moviliza expectativas y frustraciones que inciden directamente en el proceso de toma de decisiones. Se trata de analizar los dilemas enfrentados por individuos y parejas a lo largo del camino reproductivo, considerando las implicaciones psíquicas implicadas en la elección por la reproducción asistida y los factores que influyen en sus decisiones.

En este contexto, las participantes revelan que el proceso de toma de decisiones está permeado por múltiples dimensiones culturales, emocionales, sociales, económicos y relacionales que desafían tanto a las parejas como a los individuos a reflexionar sobre el significado de la parentalidad y la viabilidad de sus proyectos reproductivos.

La participante 01 destaca que la evaluación psicológica debe ocurrir desde los primeros momentos del proceso de RA, antes incluso de la toma de decisión. En su perspectiva, es en este espacio que se hace posible identificar el grado de elaboración emocional de los sujetos involucrados. Según ella, este momento favorece el reconocimiento del "deseo real de la pareja" y permite evaluar si ambos están suficientemente preparados para afrontar las implicaciones del tratamiento, considerando que a veces uno de los socios aún no ha "internalizado la decisión" de forma simbólica, lo que puede comprometer el recorrido. En este contexto, la evaluación psicológica asume un papel central, no solo como exigencia institucional, sino como recurso clínico que promueve la escucha calificada y la maduración de las decisiones parentales. La presencia del psicólogo en las etapas iniciales del tratamiento permite la acogida de las ansiedades, ambivalencias y expectativas depositadas en el proceso reproductivo, ofreciendo un espacio para la elaboración de las implicaciones emocionales que lo acompañan (Vieira & Oliveira, 2018). Como también destacan Conceição et al. (2022) al defender que la atención psicológica en RA es indispensable para la mediación de las idealizaciones parentales y el fortalecimiento emocional de los pacientes.

En ese contexto, la evaluación psicológica se convierte en un recurso esencial a lo largo del proceso de reproducción asistida (RA), especialmente en las situaciones consideradas más delicadas, como los casos de gestación por sustitución. En estas circunstancias, se requiere una escucha clínica especializada y un análisis psicológico criterioso, según orienta la Resolución no 2.320/2022 del Consejo Federal de Medicina, que establece la obligatoriedad de la evaluación psicológica como parte del protocolo ético para la continuidad del tratamiento. Es imprescindible un análisis especializado que considere no solo el consentimiento formal, sino también la preparación emocional y relacional de los individuos involucrados. La evaluación psicológica, por lo tanto, no debe limitarse a un procedimiento burocrático; en cambio, constituye una de las etapas de acogida para identificar los recursos psíquicos disponibles, orientar el proceso y ofrecer apoyo ante los desafíos emocionales inherentes al tratamiento (Vieira & Oliveira, 2018; Conceição et al., 2022).

La participante 01 informa que, en casos de gestación por sustitución realizada por familiar, según lo previsto en las normativas brasileñas, se requiere la evaluación psicológica de todos los involucrados: la pareja, la gestante y el donante. Cuando no hay vínculo familiar, el proceso se vuelve aún más delicado, demandando mayor cautela por parte del equipo. La participante ejemplifica con una situación clínica en la que el tratamiento fue interrumpido, pues "la gestante desistió incluso antes de que se realizara la evaluación, imposibilitando la continuidad del tratamiento". Según la misma participante, decisiones como esta implican expectativas intensas y, al mismo tiempo, frustraciones que afectan directamente el progreso del proceso, ya que "abandonos o impasses comprometen el progreso del proceso reproductivo".

Tales experiencias ejemplifican los desafíos emocionales y éticos inherentes al embarazo por sustitución, demandando evaluación psicológica sensible y ética. Como destacan Farinati et al. (2024), en estos arreglos, especialmente en presencia de vínculos afectivos, emergen contenidos inconscientes que requieren escucha clínica calificada y seguimiento atento para sustentar las decisiones involucradas.

Las participantes 01, 02 y 05 consideran la evaluación psicológica un recurso fundamental en el proceso de reproducción humana asistida (RA). Aunque no es una "regla universal", se recomienda especialmente en situaciones que implican "recepción de gametos", "gestación por sustitución" o "reproducción independiente". Según sus experiencias, este momento favorece la reflexión, el diálogo entre los involucrados y la maduración de las decisiones, siendo percibido por los propios cónyuges como una etapa positiva y necesaria para hacer frente a los aspectos emocionales y familiares que acompañan al tratamiento de RA. Además, los estudios muestran que el diagnóstico de infertilidad puede desencadenar un sufrimiento emocional significativo, con impactos duraderos sobre la autoestima, los vínculos conyugales y la salud mental de los pacientes, lo que requiere intervenciones psicológicas sensibles y tempranas (Farinati et al., 2006; Rangel et al., 2021).

Basándose en su experiencia profesional, la participante 02 relata una experiencia de Reestructuración Familiar y Conyugal remitida por el Sistema Único de Saúde (SUS) en el Distrito Federal.

Ella observa que la evaluación psicológica es "parte del protocolo" para la efectividad del tratamiento en el sistema público de salud, considerando esta práctica relevante. De manera similar, [Vieira](#) y Oliveira (2018) describen la implementación de un protocolo específico de atención psicológica en un servicio público de RA en el Distrito Federal, con el objetivo de sistematizar la escucha calificada a las parejas e individuos en tratamiento, integrando la "evaluación psicológica" como parte del proceso en el contexto del SUS, así como [Conceição](#) et al. (2022), confirman al subrayar la importancia de la estructuración de protocolos interdisciplinarios que aseguren la acogida psicológica en los servicios públicos de RA.

En consonancia con este contexto, los estudios indican que, en el Distrito Federal, la inclusión de atención psicológica en los servicios de reproducción humana asistida (RA) del SUS, como el Centro de Estudos e Pesquisa em Reprodução Assistida (CEPRA) del Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), tiene como objetivo no solo evaluar la salud mental de las parejas y los individuos, sino también ofrecer un seguimiento psicológico continuo durante el proceso, lo que contribuye a la efectividad del tratamiento ([Vieira & Oliveira, 2018](#)). Considerando este escenario, es posible afirmar que, en Brasil, el acceso a procedimientos de RA por el SUS es restringido e implica criterios específicos ([Costa, 2023](#)).

Además de los aspectos emocionales y técnicos involucrados en la elección por la reproducción humana asistida (RA), la participante 02 destaca que, incluso entre parejas que se aman y desean tener un hijo, surgen conflictos conyugales sutiles, especialmente relacionados con la dificultad de comunicación. Según ella, "ellos quieren la misma cosa, pero tienen tantas fantasías de uno proteger al otro que no se escuchan", lo que dificulta el compartir genuinamente dudas y sentimientos. Preguntas como "¿son felices sin hijos?" se vuelven centrales para reflexionar si el deseo de parentalidad está alineado con el vínculo conyugal o encubre otras lagunas de la relación. Como analizan [Ferrari](#) y Ribeiro (2020), el deseo de tener hijos puede operar como intento inconsciente de reparación emocional y de completitud simbólica, movilizandoo idealizaciones que, si no son reconocidas, intensifican el sufrimiento psíquico y dificultan la construcción madura de la paternidad. De manera complementaria, [Rangel](#) et al. (2021) señalan que el proyecto parental puede convertirse en fuente de conflicto conyugal cuando

sostenido por expectativas idealizadas, reforzando la importancia de una escucha clínica capaz de favorecer la elaboración emocional y el diálogo entre los involucrados.

Siguiendo el análisis de las implicaciones subjetivas relacionadas con el deseo de parentalidad, la participante 03 observa que factores como la edad reproductiva y las relaciones afectivas influyen directamente en su concreción. Relata que muchas mujeres cercanas a los 40 años, a pesar de considerarse preparadas para la maternidad, enfrentan frustración y sufrimiento psíquico frente a parejas que no comparten el mismo proyecto, experimentando soledad y angustia ante los límites impuestos por el tiempo biológico. Aún la participante 03 relata que, a cada ciclo menstrual sin éxito, muchas mujeres experimentan un luto recurrente, acompañado de angustia y sufrimiento que afectan la vida sexual y generan desgaste emocional, comprometiendo el vínculo conyugal. Algunas mujeres, como destaca la participante, pasan a vivir exclusivamente en función del embarazo, lo que desencadena "ansiedad, autocobro, conflictos con el compañero y sufrimiento ante embarazos ajenos". Estas experiencias reflejan cuánto el deseo de parentalidad, cuando frustrado, moviliza intensamente el psiquismo, exigiendo elaboración continua y seguimiento especializado ([Farinati](#) et al., 2006; [Rangel](#) et al., 2021).

Al abordar el proceso decisorio que precede a la reproducción humana asistida (RA), la participante 04 destaca la importancia del autoconocimiento y del diálogo conyugal. Según ella, muchas parejas llegan debilitadas por no elaborar plenamente el recorrido que los llevó a la RA, etapa que exige reflexión sobre la paternidad, los vínculos afectivos y el proyecto familiar que desean construir. En este sentido, [Rangel](#) et al. (2021) observan que el deseo de parentalidad, cuando confrontado por la infertilidad, requiere un intenso trabajo psíquico que reactiva experiencias emocionales profundas y despierta sentimientos ambivalentes. El camino hacia la reproducción asistida está marcado por fases alternas de esperanza y desesperanza, impregnadas de ansiedad, miedo y frustración, además de elevadas inversiones emocionales y financieras. Durante el tratamiento, el involucramiento de la pareja puede fortalecer tanto el vínculo afectivo como evidenciar fragilidades preexistentes en la relación, demandando elaboración continua y apoyo psicológico especializado.

Desafíos de camino: tensiones y fragilidades en el tratamiento de RA

El análisis de las expectativas y los factores que influyen en la decisión por el tratamiento de reproducción humana asistida (RA) evidencia que el deseo de tener un hijo involucra significados emocionales, simbólicos y relacionales complejos. A lo largo del proceso, estos aspectos se intensifican, requiriendo elaboración psíquica y apoyo clínico especializado.

Inicialmente, antes incluso de iniciar los procedimientos de reproducción humana asistida (RA), la participante 01 enfatiza la importancia de abordar, en entrevistas conyugales, tanto conjuntas como individuales, la posibilidad de fracaso en el tratamiento. Destaca además que la reflexión sobre cómo cada miembro de la pareja maneja la frustración contribuye a la ruptura de idealizaciones, abriendo espacio para que la pareja considere alternativas, como un "plan B".

Complementando este enfoque inicial, la participante 02 enfatiza la necesidad de comprender cada caso en su singularidad. Según su relato, "no hay reglas generales", siendo fundamental una escucha individualizada que considere las especificidades emocionales de cada sujeto.

Las experiencias relatadas evidencian que la trayectoria de la reproducción humana asistida (RA) es permeada por intensas demandas emocionales, asociadas a expectativas y frustraciones. En este contexto, el apoyo psicológico se hace esencial al ofrecer escucha calificada y favorecer la elaboración subjetiva de los involucrados. [Farinati](#) et al. (2006) y [Rangel](#) et al. (2021) destacan que la intervención psicológica desde las etapas iniciales contribuye a la resignificación del deseo de parentalidad y al afrontamiento de los desafíos emocionales del proceso.

Otro factor que impacta directamente el camino emocional es la dimensión financiera. La participante 04 destaca que el "alto costo" del tratamiento genera una fuerte presión en las parejas, pues existe la "sensación de que no se puede fallar después de tanta inversión". Esta sobrecarga emocional "se intensifica en situaciones críticas, como la hospitalización de bebés en UCI neonatal", momento

en el que los "padres sienten la responsabilidad de no fallar, después de haber llegado tan lejos". De forma similar, la participante 05 llama la atención sobre los altos niveles de ansiedad experimentados por quienes recurren a la reproducción humana asistida (RA). Este síntoma es alimentado por un conjunto de inversiones emocionales, familiares, afectivas, sociales y financieras que se acumulan, especialmente en pacientes que ya han pasado por "intentos frustrados" anteriormente.

Las evidencias clínicas también convergen con la literatura, que indica el peso financiero como un factor central en la experiencia de parejas en tratamiento de infertilidad. Según [Sonego](#) et al. (2016), el proceso reproductivo implica períodos alternados de esperanza y desesperanza, impactando directamente los proyectos de vida, las finanzas y la relación conyugal. Esta trayectoria requiere de los involucrados un delicado trabajo psíquico de elaboración de las frustraciones, siendo fundamental el apoyo psicológico para ayudar en la toma de decisiones y reducir el sufrimiento emocional durante el tratamiento.

De acuerdo con [Ferrari](#) y Ribeiro (2020), los desafíos de la parentalidad y de la conyugalidad en la contemporaneidad superan las barreras biológicas impuestas por la infertilidad, abarcando aspectos emocionales y simbólicos que atraviesan la construcción familiar. Estos elementos se expresan en la necesidad de resignificación de los proyectos de vida y en la elaboración de nuevas perspectivas sobre los papeles parentales y conyugales, en consonancia con la importancia de la acogida psicológica y de la reflexión conjunta observada en las intervenciones de las participantes.

Además de los aspectos subjetivos que requieren un nuevo significado del proyecto parental, la participante 05 destaca el aumento de la visibilidad sobre los límites de la fertilidad femenina y la ampliación del debate público sobre temas como el envejecimiento de los óvulos y la menopausia temprana. Menciona también el crecimiento de la preservación de la fertilidad, especialmente entre pacientes oncológicos, mediante la recolección y congelación de material reproductivo antes de los tratamientos. A pesar de los avances y de la mayor apertura social para discutir la infertilidad,

muchas parejas todavía optan por el secreto en el tratamiento de reproducción humana asistida (RA), buscando preservar la privacidad. Aunque el tabú ha disminuido, el acceso a la información y a la acogida profesional sigue siendo desigual. Como observan [Farinati et al. \(2006\)](#), aspectos simbólicos y sociales continúan influenciando significativamente la vivencia de la infertilidad, contribuyendo a silenciamientos y dificultades en la búsqueda de apoyo emocional y técnico, como también señalan [Rangel et al. \(2021\)](#) al destacar que las presiones culturales y los ideales de parentalidad pueden intensificar el sufrimiento psíquico y dificultar la búsqueda de acompañamiento psicológico.

Por último, como destaca el participante 01, es fundamental preparar emocionalmente a las parejas para posibles fracasos y para la construcción de proyectos alternativos. La anticipación simbólica de diferentes desenlaces favorece una experiencia más consciente y reduce el sufrimiento ante los límites del tratamiento. Esta elaboración continua, como señalan [Rangel et al. \(2021\)](#), es esencial para sostener a la pareja emocionalmente y resignificar el deseo parental a lo largo del proceso reproductivo.

La contribución de la psicología en el contexto de la RA: lagunas, desafíos y contribuciones

Frente a los desafíos emocionales del tratamiento reproductivo, se evidencia la importancia de la escucha psicológica en la elaboración de las pérdidas y en la resignificación del deseo de parentalidad. Esta sección discute el papel de la Psicología en este proceso, destacando sus contribuciones y límites en la reproducción humana asistida (RA).

En el contexto presentado, la participante 02 relata que, en su práctica clínica con parejas heterosexuales, utiliza un protocolo que incluye la escucha individual de la mujer, del hombre y de la pareja en momentos distintos. Desde un punto de vista clínico, se entiende que esta metodología puede ser igualmente válida para otras configuraciones conyugales, como parejas homoafectivas, priorizando la escucha individual antes que la escucha conjunta. Este enfoque favorece la expresión singular de las experiencias emocionales y el manejo más sensible de las dinámicas relacionales. Situaciones similares pueden ocurrir en parejas homoafectivas femeninas, en las que una de las parejas recibe el semen de un

donante, y en parejas homoafectivas masculinas, que frecuentemente recurren a la gestación por sustitución o adopción. Además, la misma participante refuerza, sobre una base psicoanalítica, que el papel del psicólogo es "trabajar con el deseo y el inconsciente", sosteniendo un espacio singular de escucha para que cada sujeto pueda elaborar su recorrido de forma única. En su análisis, la participante también critica la idea de "omnipotencia" en la actuación clínica, recordando que "la psicología no da cuenta de todo" y que no siempre será posible construir una salida o solución definitiva para todos los casos. Según [Farinati et al. \(2006\)](#), el deseo de parentalidad está profundamente enraizado en la constitución subjetiva del sujeto, siendo atravesado por contenidos inconscientes y marcas simbólicas heredadas del deseo de los propios padres. En este sentido, la infertilidad o la imposibilidad reproductiva puede reactivar conflictos psíquicos anteriores, movilizandolos sentimientos intensos que superan la realidad inmediata y remiten a la historia emocional del individuo. Del mismo modo [Rangel et al. \(2021\)](#) corroboran al evidenciar que la infertilidad despierta intensos conflictos emocionales y conyugales, exigiendo un espacio de escucha terapéutica que favorezca la elaboración simbólica y la acogida de los límites inherentes al proceso reproductivo.

En un estudio reciente, [Farinati et al. \(2024\)](#) corroboran que el curso de la reproducción humana asistida (RA) reactiva fantasías inconscientes y expectativas idealizadas, demandando del psicólogo una escucha atenta a las representaciones simbólicas que emergen durante el proceso. El deseo parental, en este contexto, no se limita a una intención consciente, sino que se manifiesta como una construcción psíquica compleja, frecuentemente impregnada de ambivalencias y resistencias que deben ser acogidas clínicamente. Además, la participante 01 destaca la importancia de que el psicólogo informe claramente que uno de los miembros puede no estar emocionalmente preparado para iniciar la RA, siendo necesaria la derivación a terapia individual antes de reevaluar la posibilidad de continuar con el tratamiento.

En la misma perspectiva, la participante 02 afirma que el acompañamiento psicológico también debe ayudar a la pareja a reflexionar sobre el significado de la parentalidad, cuestionando lo que representa ser padre o madre en las diferentes formas posibles.

Esta escucha favorece la elaboración simbólica del deseo de tener un hijo, ampliando la comprensión de que la parentalidad no se limita a un vínculo biológico, sino que implica construcciones afectivas y representaciones subjetivas profundamente arraigadas. Según la participante, es fundamental que la pareja pueda considerar otras posibilidades, como la donación de gametos, el embarazo por sustitución o la adopción. En su análisis, el psicólogo debe contribuir a que la pareja no mantenga un enfoque exclusivo en la gestación biológica, sino que pueda construir proyectos compartidos y preservar la conyugalidad durante el tratamiento. En consonancia, [Farinati et al. \(2006\)](#) argumentan que el deseo de tener hijos está entrelazado con contenidos inconscientes y vínculos transgeneracionales, exigiendo del psicólogo una escucha sensible a las representaciones que sostienen este deseo. La paternidad, en este sentido, no es solo un evento biológico, sino una construcción psíquica y relacional, que demanda elaboración y reconstrucción ante las pérdidas, límites y posibilidades que emergen a lo largo del camino reproductivo. Del mismo modo, [Salardi et al. \(2024\)](#) refuerzan esta perspectiva al destacar que las nuevas formas de parentalidad posibilitadas por la reproducción asistida requieren reflexión ética y sensibilidad clínica frente a las transformaciones simbólicas y afectivas que reconfiguran los vínculos familiares.

Ampliando la discusión sobre la construcción subjetiva de la paternidad, la participante 03 destaca que el nacimiento de un hijo transforma la identidad relacional de la pareja, representando una "transición simbólica hacia la función parental". De manera similar, la participante 02 destaca que este pasaje va más allá de la concepción biológica, exigiendo un movimiento interno de "elaboración del lugar de padre y madre" en el psiquismo de los sujetos. Según [Farinati et al. \(2006\)](#), el deseo de parentalidad está enraizado en la historia psíquica y vinculado a marcas simbólicas que trascienden lo biológico, movilizándolo representaciones inconscientes heredadas del deseo parental original, como también destacan [Ferrari y Ribeiro \(2020\)](#) al afirmar que la parentalidad se construye simbólicamente, exigiendo elaboración subjetiva e integración de herencias afectivas transmitidas por las generaciones anteriores.

Esta perspectiva evidencia que el recorrido de la RA implica no solo aspectos técnicos, sino

también la revisitación de contenidos emocionales profundos. La participante 03 relata que el proceso puede despertar un luto simbólico por pérdidas y frustraciones, movilizándolo culpa, miedo y sufrimiento cuando la pareja se ve desafiada a transitar del ideal al real, exigiendo acogida y escucha del equipo multiprofesional. Como señalan [Sonego et al. \(2016\)](#), tales conflictos revelan cómo la idealización de la parentalidad puede funcionar como un organizador psíquico, cuya frustración requiere elaboración cuidadosa para que nuevas configuraciones relacionales y afectivas puedan emerger de forma saludable. Como complementan [Ferrari y Ribeiro \(2020\)](#) al subrayar que el espacio clínico debe permitir la elaboración de las pérdidas y la reconstrucción simbólica del deseo parental ante las limitaciones impuestas por la infertilidad.

Aunque reconocen la reciente expansión del acceso a la información sobre reproducción humana asistida (RA), las participantes presentan percepciones distintas en cuanto a las lagunas aún existentes. La participante 05 destaca el avance en la difusión de información sobre los límites de la fertilidad femenina, la preservación de la fertilidad y la reducción de los tabúes alrededor de la RA. Según ella, las clínicas, los profesionales y los medios han fomentado el debate sobre la congelación de óvulos y la maternidad tardía. De manera similar, [Farinati et al. \(2006\)](#) observan que las transformaciones culturales amplían las posibilidades parentales y las demandas psíquicas, como también señalan [Aleixo y Almeida \(2022\)](#) al enfatizar que los avances técnicos y sociales de la RA traen nuevos desafíos éticos y emocionales.

Por otro lado, la participante 02 observa que, a pesar de los avances de la reproducción humana asistida (RA), todavía persiste una idealización mediática que sugiere facilidad y éxito garantizado, sobre todo en edades avanzadas. Ella destaca la falta de políticas públicas dirigidas a la planificación reproductiva y defiende que la fertilidad sea discutida precozmente, con integración entre especialidades y apoyo psicológico adecuado. Esta reflexión evidencia la necesidad de políticas públicas e interdisciplinarias que amplíen el acceso, regulen el uso de las tecnologías reproductivas y garanticen una atención integral y humanizada en el Sistema Único de Saúde (SUS), ([Vieira & Oliveira, 2018](#); [Conceição et al., 2022](#); [Salardi et al., 2024](#)).

El participante 03 señala la escasez de psicólogos capacitados en los equipos multiprofesionales de reproducción humana asistida (RA), destacando que la actuación debe abarcar también la acogida emocional de los equipos médicos ante los fracasos en los tratamientos. La participante 04 relata su experiencia con parejas que, después de la RA, enfrentan el ingreso de niños en la UCI neonatal, experimentando ambivalencias entre el cuidado y el duelo. En estas situaciones, la escucha psicológica ocurre de forma inmediata y adaptada al contexto hospitalario, con apoyo individualizado y manejo de la ansiedad y de la sobrecarga emocional.

La participante enfatiza la necesidad de flexibilizar el setting terapéutico para ofrecer apoyo emocional a los padres y al equipo de salud, ante las oscilaciones afectivas experimentadas en ese momento. Como destacan [Farinati et al. \(2006\)](#), experiencias de sufrimiento reproductivo demandan sensibilidad clínica para sostener simbolizaciones frente a situaciones-límite, como la vivencia de la pérdida y del riesgo a la vida. En consonancia con [Rangel et al. \(2021\)](#), que destacan la importancia de una escucha psicológica constante e integrada al equipo multiprofesional, permitiendo la acogida de las angustias y el fortalecimiento de los vínculos emocionales a lo largo de todo el proceso reproductivo.

En síntesis, la actuación psicológica en la reproducción humana asistida (RA) debe ir más allá del apoyo en momentos de crisis, como destaca el participante 02, al defender al psicólogo como "agente activo e integrante del equipo multidisciplinario". La escucha temprana permite elaborar angustias, madurar el deseo de parentalidad y tomar decisiones más conscientes, reconociendo a la Psicología como parte esencial del cuidado integral en el tratamiento.

Consideraciones finales

Los resultados de esta investigación demuestran que la reproducción humana asistida (RA) constituye una vivencia subjetivamente compleja, permeada por cruces emocionales, dilemas éticos y transformaciones significativas en las relaciones conyugales y en los proyectos parentales de los individuos involucrados. A partir de la escucha clínica de psicólogas que trabajan en el área, fue posible comprender que el proceso de la RA trasciende los

límites de la técnica médica, demandando acogida psicológica continua, sensible y calificada.

La investigación alcanzó sus objetivos al evidenciar las contribuciones de la Psicología en la acogida de las demandas emocionales y en la mediación de los conflictos conyugales en la RA. También identificó los impactos subjetivos de la infertilidad y mostró cómo la escucha clínica favorece la reorganización simbólica del deseo de parentalidad.

Se observó que el sufrimiento no siempre se manifiesta de forma directa, expresándose con frecuencia en las relaciones interpersonales y en los silencios presentes en los discursos sobre el deseo de tener un hijo. Así, el psicólogo asume un papel estructurador en el equipo multidisciplinario, al sostener espacios de escucha ética, apoyar a la pareja en la toma de decisiones conscientes y favorecer la resignificación de los proyectos parentales.

Aunque hay una creciente demanda de reproducción humana asistida (RA), el predominio de la lógica biomédica y la falta de políticas públicas que integren el apoyo psicológico comprometen la integralidad del cuidado. El acceso aún es restringido y desigual en Brasil, siendo necesario ampliar los servicios públicos especializados que garanticen la atención psicológica como parte del proceso, y no como recurso puntual en situaciones de crisis.

Al considerar los impactos emocionales de la infertilidad y los desafíos conyugales que surgen en el camino reproductivo, este estudio respondió al problema de investigación demostrando que la psicología puede contribuir significativamente al fortalecimiento de los vínculos, el manejo de los sufrimientos simbólicos y la humanización del cuidado reproductivo. La escucha de los profesionales entrevistados reveló la riqueza simbólica involucrada en las experiencias con la RA, señalando la necesidad de prácticas más integradas y sensibles a las singularidades de los sujetos.

De esta forma, se recomienda que futuras investigaciones incluyan la escucha de diferentes sujetos como parejas, mujeres solas y parejas homoafectivas y analicen los impactos subjetivos de técnicas como ovodonación y gestación por sustitución. Estudios que integran marcadores sociales, como género, clase y raza, pueden ampliar la sensibilidad y la ética de la actuación psicológica.

Por último, se reafirma que la Psicología debe ocupar un papel activo y estructurador en los equipos de RA, contribuyendo con un cuidado ético, simbólico y comprometido con la singularidad de cada sujeto. La escucha clínica no es un añadido al proceso, sino un eje fundamental para sostener las experiencias emocionales que atraviesan el deseo de parentalidad, promoviendo salud integral y humanización en el cuidado.

Contribuciones de los autores

Los autores declararon haber realizado contribuciones sustanciales al trabajo en términos de concepción o diseño de la investigación; adquisición, análisis o interpretación de datos para el trabajo; y redacción o revisión crítica del contenido intelectual relevante. Todos los autores aprobaron la versión final para publicación y aceptaron asumir la responsabilidad pública de todos los aspectos de este estudio.

Conflictos de interés

No se ha declarado ningún conflicto financiero, legal o político que involucre a terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) en ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, entre otros, subvenciones y financiamiento, participación en consejos consultivos, diseño de estudios, preparación de manuscritos, análisis estadísticos, etc.).

Indexadores

La Revista Psicología, Diversidade e Saúde es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



Referencias

Aleixo, A. M., & Almeida, V. (2022). Reprodução humana assistida [Reproducción humana asistida]. *Revista de Ciência Elementar*, 10(3), 041. <https://doi.org/10.24927/rce2022.041>

Conceição, T. L. C., Silva, T. V., Cordovil, D. C., Carvalho, T. S., Pacheco, J. O., Neto, M. S. C., Santana, M. S. S., Miranda, S. O. S., & Almeida, B. B. (2022). Revelando la reproducción asistida por el sistema único de salud. *Research, Society and Development*, 11(9), e18711931694. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31694>

Costa, J. (2023, 14 septiembre). *Como funciona o processo de reprodução humana assistida pelo SUS* [Cómo funciona el proceso de reproducción humana asistida por el SUS]. GaúchaZH. <https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2023/09/como-funciona-o-processo-de-reproducao-humana-assistida-pelo-sus-clmjmxio0053013ncuukg5ry.html>

Farinati, D. M., Rigoni, M. S., & Müller, M. C. (2006). Infertilidade: Um novo campo da psicologia da saúde [Infertilidad: Un nuevo campo de la psicología de la salud]. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(4), 433-439. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400011>

Farinati, D., Montagnini, H. L., Santos, J. R., Dornelles, L. M., & Leis, L. (2024). *Doação de gametas entre parentes* [Donación de gametos entre parientes]. Comitê Nacional de Psicologia da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. <https://sbrh.org.br/wp-content/uploads/2024/07/Artigo-de-Psicologia-Doacao-de-gametas-entre-parentes.docx.pdf>

Ferrari, R. S., & Ribeiro, M. F. R. (2020). Ser mãe, ser pai: Desafios na contemporaneidade [Ser madre, ser padre: Desafíos en la contemporaneidad]. *Cadernos de Psicanálise (Rio de Janeiro)*, 42(42), 225-242. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952020000100014

Flick, U. (2008). *Introdução à pesquisa qualitativa* [Introducción a la investigación cualitativa] (3a ed.). Grupo A.

Rangel, L. A., Santos, D. C., Soares, A. N. G., Feres, A. B. S., Coelho, J. G., & Bastos, L. P. (2021). Reprodução assistida e as relações conjugais: aspectos psicoemocionais [Reproducción asistida y las relaciones conyugales: aspectos psicoemocionales]. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 17244-17256. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-224>

Resolução CFM nº 2.320/2022. (2022). Estabelece normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil, incluindo exigências sobre a avaliação psicológica nos casos de gestação por substituição [Establece normas éticas para la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida en Brasil, incluyendo exigencias sobre la evaluación psicológica en los casos de gestación por sustitución]. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2320_2022.pdf

- Ribeiro, M. F. R. (2016). Reflexiones sobre conjugabilidad y parentalidad. Un caleidoscopio de las constituciones familiares. *Jornal de Psicanálise*, 49(91), 97–109. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352016000200010
- Salardi, S., Zaganelli, M. V., & Binda Filho, D. L. (2024). Mater semper (in)certa est: Os desafios ético-jurídicos da reprodução humana assistida no Brasil [Mater semper (in) certa est: Los desafíos ético-jurídicos de la reproducción humana asistida en Brasil]. *Revista Humanidades e Tecnologia (FINOM)*, 47(1), 1–12. https://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/5322
- Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. (2022, 20 septiembre). *Resolução do CFM permite doação de óvulos e espermatozoides com grau de parentesco no Brasil* [Resolución del CFM permite la donación de óvulos y espermatozoides con grado de parentesco en Brasil]. <https://sbra.com.br/noticias/resolucao-do-cfm-permite-doacao-de-ovulos-e-espermatozoides-com-grau-de-parentesco-no-brasil/>
- Sonego, J. C., Dornelles, L. M. N., Lopes, R. C. S., & Piccinini, C. A. (2016). A experiência paterna da gestação no contexto da reprodução assistida [La experiencia paterna de la gestación en el contexto de la reproducción asistida]. *Psicologia em Revista*, 22(3), 708–723. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324218>
- Vieira, M. F. C., & Oliveira, M. L. C. (2018). Protocolo de atendimento psicológico em um serviço de reprodução humana assistida do Sistema Único de Saúde – SUS [Protocolo de atención psicológica en un servicio de reproducción humana asistida del Sistema Único de Salud – SUS]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e3449. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3449>