

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



*La vivencia de la  
paternidad post reproducción asistida en hombres padres peruanos*

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología con mención en  
Psicología Clínica que presenta la bachillera:

**DEBORAH SCHULZ RODRÍGUEZ**

**ASESORA:**

**MG. CARMEN CAROLINA JANTO MOGROVEJO**

**LIMA, 2025**

## INFORME DE SIMILITUD

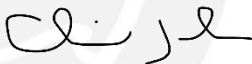
Yo, Carmen Carolina Janto Mogrovejo, docente de la Facultad de .....Psicología ..... de la Pontificia

Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado **La vivencia de la paternidad post reproducción asistida en hombres padres peruanos** de la autor(a).

### DEBORAH SCHULZ RODRÍGUEZ

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de. **9** %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el ..... (18/ 07/ 2025)
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas. Lugar y fecha: ...Lima, 18 Julio 2025.....

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora:	Janto Mogrovejo Carmen Carolina
DNI: 07266591	Firma 
ORCID: 0000-0002-7217-614X	

## Resumen

El presente estudio cualitativo tuvo como objetivo explorar la vivencia de la paternidad en cuatro hombres que fueron padres mediante una Técnica de Reproducción Asistida (TRA) y con hijos/as entre un mes y los tres años. Como objetivos específicos, se buscó identificar la experiencia subjetiva de cada participante de convertirse en padre mediante un tratamiento de reproducción asistida, y como segundo objetivo específico, explorar cómo vivencian la relación con su hijo/a. Para ello, se realizó un estudio de caso múltiple basado en entrevistas a profundidad con cuatro padres que se encontraban en una relación de pareja estable, que vivían con su hijo/a y pertenecían a un nivel socioeconómico medio. Los resultados se analizaron temáticamente, individual y transversalmente para brindar sentido a la experiencia. Se evidencia que la experiencia de paternidad de los participantes está acompañada de un desgaste emocional a lo largo del tratamiento y de un deseo fluctuante de ser padres. Asimismo, se aprecia que los padres perciben a sus hijos/as como valiosos y fundamentales y a la vez como frágiles y vulnerables por lo vivido en los tratamientos. Se halla cierta tendencia a preocuparse y sobreproteger, pero a la vez a buscar conectar con sus hijos/as emocionalmente. Al asumir los cuidados, la mayoría necesitaría del apoyo de un tercero, pero de igual manera buscarían acercarse a sus hijos y construir una relación. Finalmente, se discuten los resultados obtenidos tomando en cuenta la importancia de visibilizar la experiencia de esta población y dar pie a pensar en futuras intervenciones.

Palabras clave: paternidad, reproducción asistida, vivencia, relación

## **Abstract**

The aim of this qualitative study is to explore the experience of fatherhood in four men who became fathers through an Assisted Reproduction Technique (ART) and have children between one month and three years old. As specific objectives, we seek to identify the subjective experience of each participant of becoming a father through fertility treatment, and as a second specific objective, to explore how they experience the relationship with their children. To achieve this, an exploratory multiple case study was carried out based on in-depth interviews with four parents who were in stable relationships, who lived with their children and belonged to a medium socioeconomic level. The results were analyzed thematically, individually and transversally to provide meaning to the experience. It was found that the paternity experience of the participants is accompanied by emotional exhaustion throughout the treatment and a fluctuating desire to be parents. It was also observed that parents perceive their children as valuable and essential, while also fragile and vulnerable due to the treatment conditions. There is also a certain tendency to worry and overprotect, but at the same time an effort to connect with their children emotionally. When assuming caregiving responsibilities, most fathers would require support from others, but at the same time, they would also seek to get closer to their children and build a relationship. Finally, the results are discussed taking into account the importance of making the experience of this population visible and giving rise to thinking about future interventions.

**Keywords:** paternity, assisted reproduction, experience, relationship

## Tabla de Contenido

La vivencia de la paternidad post reproducción asistida en hombres padres peruanos .....	4
Método .....	15
Participantes .....	15
Técnicas de recolección de la información .....	18
Procedimiento.....	19
Análisis de datos.....	20
Resultados .....	21
A. Análisis de casos .....	21
B. Análisis transversal .....	42
Discusión.....	53
Conclusiones .....	61
Referencias.....	62
Apéndices.....	75
Apéndice 1: Temas para las entrevistas .....	75
Apéndice 2: Consentimiento informado para participantes .....	76
Apéndice 3: Ficha de datos sociodemográficos .....	77

## **La vivencia de la paternidad post reproducción asistida en hombres padres peruanos**

La paternidad y las funciones atribuidas a los padres han ido cambiando con la historia. En tal sentido, a partir de las interacciones sociales y culturales, se asume a la paternidad como una construcción social estrechamente vinculada con la identidad masculina. Así, la paternidad es un concepto social que va más allá de lo biológico, ya que forma parte de la construcción de la identidad de los hombres (Varsi, 2017, Montesinos, 2004 en Arroyo & Castañeda, 2021) y a su vez, es una dimensión fundamental en la vida de los hombres padres (Ramos, 2016). Se la podría concebir como un hito importante de la transición hacia la adultez caracterizada por contar con momentos que encaminan al hombre hacia una mayor responsabilidad, autonomía y transformación de su identidad (Cano, 2017).

De la misma manera, desde una perspectiva biopsicosocial, el hombre experimenta transformaciones tanto a nivel biológico como cerebral para poder vincularse a su bebé, pero también cambios a nivel psicológico y social relacionados con las expectativas culturales de lo que significa ser padre y cómo asume el rol (Perera, 2018). En ese sentido, bajo esta perspectiva, a la paternidad se la entiende como un cambio importante para el hombre porque implica para muchos iniciar con su proyecto de vida y comenzar a adoptar un rol social paterno que incluye cuidar y educar (Perera, 2018).

De manera tradicional, la paternidad implica para los hombres consagrarse como un verdadero hombre, asumiendo el rol de jefe de familia capaz de proveer bienes, reconocimiento social y protección (Fuller, 2000). Tal es así que la paternidad ha estado relacionada con una imagen de autoridad y fortaleza con poco involucramiento con la labor doméstica (Badinter, 2000; Fuller, 2000; Fuller, 2001; Lupton & Barclay, 1997; Salguero, 2006 en Janto, 2015).

Además, para conceptualizar a la paternidad es necesario hacer referencia a las masculinidades. Connell (1997) incidió en la idea de que las masculinidades son configuraciones prácticas, dentro de las múltiples estructuras como parte del sistema de sexo-género; de modo que

su configuración responde de manera simultánea a distintas lógicas de poder- subordinación tales como de clase, raza y/o opción sexual, y, por ende, a la de género. De la misma manera, la masculinidad es establecida como un ideal, el cual prescribe formas por las cuales socialmente los hombres deben de comportarse, se encuentran insertadas en el sistema de género (Pérez, 2019). En ese sentido, se entendería que parte de la construcción de la masculinidad implica el convertirse en padres, por lo que a la paternidad se la reconoce como una parte importante de la masculinidad (Janto, 2015).

En la actualidad se manifiestan nuevas configuraciones a nivel familiar, en donde a partir de cambios sociales como la incorporación de la mujer a lo laboral, el hombre ha comenzado a participar en las tareas del hogar y poco a poco su rol ha ido virando a mayor participación en el cuidado y hacia construir una paternidad más afectiva (Cortés-Rodas et al., 2021). Como consecuencia de estos cambios, se formulan las “Nuevas Paternidades”, las cuales contemplan mayor implicación emocional y participación de los padres en los cuidados de los hijos (Sutter & Bucher-Maluschke, 2008; Bornholdt et al., 2007 en Teixeira & Nascimento, 2014). Este modo de entender a la paternidad se encuentra liberado de las limitaciones que impone el “machismo”; el cual se concibe como las creencias, actitudes y conductas que reflejan la polarización entre lo masculino y femenino, desembocando muchas veces en una posición de superioridad de lo masculino sobre lo femenino (Bermúdez & Trías, 2015). Así, desde las concepciones “machistas”, tanto lo masculino como lo femenino son definidos de manera distinta y mutuamente excluyentes, donde a lo masculino se lo plantea como superior en áreas económicas, sociales, históricas, culturales y psicológicas (Castañeda, 2007 en Bermúdez & Trías, 2015).

En oposición a estas nociones y prácticas, el modelo de las nuevas paternidades aparece cuestionando las ideas y roles establecidos tradicionalmente. Así, Fuentealba menciona: “[...] la paternidad es representada en un sentido subjetivo que va más allá de un modo particular de afirmar su virilidad o ejercer proveeduría, aparece como una necesidad de desarrollo afectivo y una oportunidad de crecimiento” (2011 en Anabalón, 2016, p.15). En concordancia, la paternidad se

entiende como hacerse presente en la vida de los hijos e hijas, tanto a nivel económico como emocional (Mardones- Leiva, 2022).

En Latinoamérica, el estudio de la paternidad se inició a partir de investigaciones sobre la masculinidad, con hombres padres de edades distintas, en su mayoría del sector popular y medio; investigaciones que recogen discursos, significados, representaciones e ideas que tienen los hombres acerca de la paternidad, así como sus nociones respecto a la distribución de roles y tareas según géneros (Fuller, 2000; Salguero, 2006 en Janto, 2015).

Como veíamos, el creciente interés en estudiar la paternidad se ve influenciado por los actuales escenarios de cambios sociodemográficos y socioculturales. El rol, función y relevancia de la paternidad, antes bien marcado y definido, se encuentra en estos tiempos, difuso y afectado por los cambios en las estructuras familiares (Cano, 2017; Ramos, 2016). En ese sentido, actualmente se están haciendo estudios relacionados a la importancia del rol activo del padre en la crianza de los hijos, tema que viene teniendo una transformación en las últimas décadas por una mayor participación en los cuidados. Así, a partir de lo que señalan distintos autores, la figura del padre ha ido evolucionando dejando atrás la imagen única de proveedor para llegar a asumir una participación más activa y afectiva, a pesar de las dificultades y obstáculos relacionados a los roles de género (Izquierdo & Zicavo, 2015, Anabalón, 2016, Perera, 2018, Benatti & Pereira, 2020). Además, para comprender la paternidad habría que considerar otros factores que impactan en la participación. En ese sentido, De Keijzer, (2000) plantea que la paternidad debe ser entendida como una función y posición social que presenta variaciones significativas dependiendo del nivel educativo, socioeconómico o la pertenencia étnica; estas pueden facilitar o dificultar la participación cotidiana y emocional de los padres con sus hijos. Asimismo, el autor sostiene que las normas culturales influyen en la forma en que se percibe socialmente o idealmente el grado de comportamiento y compromiso paterno. Por ello, se plantea la importancia de seguir investigando acerca de la paternidad y las diferentes maneras de vivirla, así como las diferentes variables que pueden encontrarse conectadas entre sí.

Con respecto al estudio de la paternidad en el Perú, se reconoce la existencia de algunos estudios que provienen de las ciencias sociales y asumen de manera central a la paternidad (Fuller 1996; 1997; 2000; 2000a; 2000b; 2001), además de algunas tesis de licenciatura en Psicología. Así, Marcos (2010) sugiere que, para los participantes de su investigación, padres adolescentes, ser padre se relaciona a la responsabilidad de garantizar el sustento, gestionar recursos y responder a las necesidades básicas del hijo en función de su desarrollo y bienestar. Por otro lado, Janto (2015) halló que es importante el reconocimiento por parte de los hijos al padre como su padre en el proceso de construir su identidad como padres y a partir de este reconocimiento, logran ir construyendo y afirmando su lugar como padres. Del mismo modo, Marinelli (2013) refiere que los padres tienen un alto nivel de sensibilidad en la interacción con sus hijos. Mientras que Ramírez (2014) halló que la presencia de un diagnóstico de enfermedad en los hijos se vincularía a mayores niveles de compromiso o involucramiento de los padres en el cuidado y atención de sus hijos. También hay estudios de paternidad desde las ciencias sociales con enfoque de género (Ramos, 2016). Estos estudios contribuyen con información actualizada dando cuenta de algunos cambios sobre los significados de la paternidad.

Debido a que la experiencia de paternidad es diversa y particular a cada padre (Janto, 2015), es importante tomar en consideración aquellas experiencias en las que existe algún obstáculo o condicionamiento para ser padres, ya sea por un factor genético, biológico o funcional. En esa línea, es importante preguntarnos acerca de aquellas paternidades que han necesitado ser asistidas debido a una dificultad en la posibilidad de ser padres. Es así que, en relación a la infertilidad, el deseo de ser padres y la transición hacia la paternidad pueden ser más difíciles (Pumar, 2021). Sin embargo, la investigación de la paternidad relacionada a dificultades para concebir es escasa, dado que los estudios en el tema de la infertilidad se centran más en el impacto emocional y hormonal en las madres, al ser ellas a quienes se les realiza físicamente el tratamiento (Culley et al., 2013; Del Castillo et al., 2008; Pook & Krause, 2005; Schmidt et al., 2005; Verhaak, 2005; en Del Castillo, 2015). Es así que lo que se desencadena tras un diagnóstico de infertilidad, es escasamente

investigado. Así, este tema de la vivencia de la paternidad ante dificultades de fertilidad en el Perú es escasamente investigado, y es el tema en el que se busca enfocarse la presente investigación.

Sobre la infertilidad, esta es considerada como una afección médica reconocida como la incapacidad de lograr un embarazo sin protección después de un año o más tiempo de tener relaciones sexuales de manera regular (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine [ASRM], 2020). Acorde a la Organización Mundial de la Salud [OMS] un estimado del 10% de la población mundial la padece y la clasifica dentro de las cinco discapacidades graves para las generaciones más jóvenes (OMS, 2023). En ese sentido, el 20-30% de los casos se los considera por infertilidad masculina, el 20-35% por infertilidad femenina, entre el 25-40% puede ser un problema a nivel de pareja y en el 10-20% de los casos no se encuentra una causa específica (European Society of Human Reproduction and Embryology [ESHRE], 2016 en Mustafa et.al., 2019; Efron, 2020).

En el caso de los hombres con diagnóstico de infertilidad, dentro de las causas comunes están las alteraciones genéticas o la atrofia testicular y se reconocen otras como la oligospermia (recuento bajo de espermatozoides) y el varicocele debido a una dilatación y agrandamiento de las venas en el cordón espermático que ocasiona que la sangre no circule adecuadamente, la disfunción eyaculatoria (alteración o ausencia de ella), la eyaculación precoz que puede impedir la inseminación vaginal; la eyaculación retrógrada producida en el paso del semen a la vejiga por un fallo en el esfínter urinario; y la azoospermia o ausencia de espermatozoides frecuentemente debido a la obstrucción del conducto del esperma (Generoso-Marroquino, 2016; Rivera, 2017). También hay casos en donde la calidad espermática se mantiene, es decir, que no cuenta con alteraciones que puedan repercutir en la capacidad del semen para lograr el embarazo (Rodríguez, 2017). En estos casos, la infertilidad masculina puede estar vinculada a la edad, ya que se asocia que, a mayor edad, es probable que el hombre tenga una disminución en el volumen seminal, conteo espermático total y motilidad progresiva; lo cual puede afectar a la reproducción (Mendoza et al., 2022).

La infertilidad supone un padecimiento que tiene importantes implicaciones en la vida

social y psicológica de aquellas personas que han recibido dicho diagnóstico. Así, se ha hallado que los hombres podrían atravesar por una inestabilidad en el ánimo y experimentar diversos afectos como pena, estrés, desesperanza, culpabilidad, baja autoestima, ansiedad y rabia (Generoso-Marroquino, 2016; Samani et al., 2017; Marynes et al., 2024; Palacios et al., 2002 en Albarracín, 2019). Además, los hombres con infertilidad podrían sentirse agobiados y experimentar sensaciones de angustia y depresión al vincular su incapacidad de concebir con su virilidad (Gonzalez & Miyar, 2001 en Efron, 2020). Es así que podrían experimentar vergüenza al sentir que no podrían cumplir con lo que demanda la reproducción humana (Oaklander, 2019 en Benitez & Santiago, 2020). A este malestar que podrían experimentar los hombres con infertilidad se le sumaría también la preocupación frente al alto costo de los tratamientos de fertilidad (Generoso-Marroquino, 2016). A nivel pareja, se sabe que en muchos casos en los que existen diagnósticos de infertilidad, se pueden atravesar etapas de negación, depresión, optimismo, aceptación y frustración en el proceso de concebir (Cutié et al., 2017 en Acosta & Morrobel, 2020). Además, los hombres tienden a sentirse impotentes y frustrados al no poder ser capaces de hacer sentir mejor a su pareja respecto a las posibilidades de engendrar (Cooper, 2007, Díaz & García, 2001, Fuller, 2000 en Ríos, 2014). En función de lo planteado, podría decirse que estos factores psicológicos mencionados podrían afectar negativamente la vida sexual y reproductiva.

En la investigación dentro del campo de la psicología, suelen realizarse estudios con una tendencia a contrastar la infertilidad entre hombres y mujeres, así como también entre parejas fértiles e infértiles (Peterson et al., 2006; Galhardo et al., 2011). En América latina, las investigaciones se suelen centrar en la infertilidad de la mujer; en consecuencia, se deja de ver el problema que puede representar para el hombre no poder tener hijos, además de que estos estudios se basarían en muestras pequeñas no generalizables, con restricciones respecto de la fiabilidad y validez (Fisher & Hammarberg, 2012). Del mismo modo, se le brinda un mayor enfoque, análisis y dedicación a los cambios por los que atraviesan las mujeres durante el proceso de reproducción asistida, tomando en cuenta los aspectos hormonales y emocionales (Saura et al., 2023). Mientras

que, en el caso de la infertilidad masculina, hay poca estadística e información (Benitez-Santiago, 2020) y los estudios están desactualizados en Perú (Villanueva-Ccoyllo & Roldan-Arbieto, 2020). Por ello, sería valioso poder ahondar en la experiencia y vivencia de la paternidad en padres con infertilidad para brindarle mayor visibilidad a este tema.

En la actualidad, el varón infértil puede ser tratado para revertir su condición mediante procedimientos clínicos y tratamientos de fertilidad. En ese sentido, se reconoce que las técnicas de reproducción asistida ayudan a que las parejas infértiles dejen descendencia (Varsi, 2017). En síntesis, estas son vistas como la última oportunidad para acceder a la paternidad (Lima & Ormart, 2018). Dentro de los tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad se encuentra la Transferencia de Ovocitos Microinyectados (TOMI), procedimiento creado en Perú y es una de las técnicas más usadas junto con la Fertilización In Vitro (FIV) por lo que las consideran a ambas técnicas seguras y efectivas (De la Torre Ugarte, 2024).

De manera específica, la Fertilización o Fecundación In Vitro (FIV) es uno de los tratamientos de fertilidad que actualmente se realiza en Perú, considerado de alta complejidad y desde 1978 permite que se den nacimientos de miles de niños (Gómez, 2015 en González & González, 2022). En esta técnica, la unión del óvulo y del espermatozoide se realiza fuera del vientre materno con ayuda de una placa de laboratorio y es transferido a la trompa de Falopio (González & González, 2022; Díaz, 2021). Como parte del tratamiento, de los dos a tres embriones formados que se transfieren, puede haber más embriones que pueden utilizarse más adelante, por lo cual se da la posibilidad de congelarlos para un tratamiento posterior (Díaz, 2021). Dentro de este tratamiento, está la técnica de Microinyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), que es aplicada en casos más severos de infertilidad masculina y que consiste en inyectar la muestra de espermatozoides obtenida directamente en un óvulo (Hernández et al., 2021). Anteriormente, solo se la recomendaba a aquellos que habían tenido un tratamiento fallido, pero ahora es una técnica esencial para que los tratamientos de reproducción asistida tengan éxito (Peña et al., 2019).

Otro de los tratamientos más frecuentes es la inseminación artificial, la cual puede ser

heteróloga con criopreservación de espermatozoides o intrauterina y se realiza con el semen de la pareja o de un donante alcanzando una tasa de embarazo que va entre 18-22% (Baculima, 2016). Además, existen tratamientos de inmunidad para aquellas parejas que no tengan compatibilidad sanguínea o aloinmunidad, donde la mujer genera anticuerpos que cumplen la función de rechazar, por lo que los espermatozoides del hombre no son reconocidos, y pueden producir abortos recurrentes que impiden el embarazo (Andrade, 2018). Asimismo, cuando se da el caso de que la mujer cuenta con baja calidad ovárica, existe la ovodonación, la cual cuenta con dos partes: la primera es la donación por parte del centro de fertilidad donde se realiza el tratamiento y la segunda el tratamiento u ovodonación (LaFuente-Funes, 2019).

El sometimiento del hombre a uno o varios tratamientos de reproducción asistida acarrea vivencias muy personales que pueden generar diversas respuestas afectivas y emocionales. En una investigación realizada en España, Arnal (2006) detectó que los hombres tienen mayor ansiedad en comparación con las mujeres al pasar por un tratamiento de reproducción asistida. Asimismo, dentro de los efectos de los tratamientos, Arnal (2006) sustenta que los hombres pueden atravesar por una etapa de negación, de aislamiento social y personal, o de culpa por no poder tener hijos. En esa línea, algunos hombres pueden sentir que le han fallado a su pareja (Notman, 2011 en Siegel, 2019). Para sobrellevar el tiempo de espera del tratamiento, se halla que el hombre tiende a enfocarse en su trabajo o en alguna actividad que le consuma tiempo (Siegel, 2019). En cambio, al momento de lograrse el embarazo, el hombre con algún factor de infertilidad atraviesa por un proceso similar al de un hombre que adopta a un hijo, ya que, al recurrir a este proceso de fertilidad asistida, la búsqueda de un hijo viene a ser de igual manera un acto voluntario afectivo, es decir, la decisión voluntaria de ser padre o madre, con bases afectivas más allá de los lazos biológicos (Varsi, 2017). En tal sentido, Varsi (2017) sustenta que, al haberse dado por vencidos respecto a procrear de la manera convencional, en esta etapa de logro del embarazo se afianza la voluntad y el afecto hacia el compromiso consciente y afectivo de criar y amar al hijo/a, ya que refleja la decisión libre y responsable de ser padres.

Sin embargo, Ortiz y Acevedo (2010) sostienen que el estrés y la incertidumbre a lo largo del proceso de reproducción asistida pueden repercutir tanto en la paternidad, como en las expectativas de los padres a los hijos. Tal es así que, refieren que el niño puede ser un recordatorio constante de la vivencia frustrante de convertirse en padres por medio de un tratamiento, y sería valorado como algo muy preciado que debe de ser protegido por ellos mismos y su entorno (Ortiz & Acevedo, 2010). En esa misma línea, Del Barrio (2000) reconoció que actualmente se tiende a encontrar situaciones familiares semejantes a aquellos que concibieron de forma no asistida, exceptuando la sobreprotección o el control de la conducta de los hijos, así como también que los padres de niños concebidos asistidamente tienen miedo de contrariar al hijo, así como miedo a perder su cariño. Sonogo y Lopes (2016), en su estudio de caso único de una pareja con infertilidad mixta que tuvo un FIV exitoso, mencionaron que para el hombre fue importante el convivir con su hijo para que se diera cuenta de que ya era padre y asumiera su paternidad.

Es así que el éxito o fracaso del tratamiento parece impactar en la forma en que se sienten los padres y en el vínculo que construyen con sus hijos y parejas. Así, en un estudio comparativo realizado por Hjelmstedt (et al., 2004) tanto en padres y madres que recurrieron a un FIV como los que no, se halló que los padres que pasaron por FIV se describieron más conectados emocionalmente tanto con sus hijos como con su pareja en consecuencia a la infertilidad que compartieron, así como también dos entrevistados refirieron que no sentían vergüenza de haber concebido de una manera no “natural”, y que conforme vayan creciendo sus hijos les iban a contar respecto del proceso que pasaron para tenerlos. Se detectó que los niveles de estrés relacionados a la paternidad fueron similares entre los hombres que fueron sometidos a un FIV y los que no, así como también la presencia constante de la ansiedad en el proceso por FIV.

En el caso de Perú, se ha realizado investigaciones que buscan ahondar en la afectación psicológica de la mujer referente a la infertilidad y durante el proceso del tratamiento (Suplihuiche, 2021). No obstante, si hablamos de la infertilidad masculina, sólo recientemente se ha realizado el estudio acerca de las implicancias de un diagnóstico de infertilidad por factor masculino, el

varicocele; estudio centrado en la explicación del diagnóstico más no en la afectación emocional, por lo cual los propios autores sugieren investigar más al respecto (Robles et al., 2022). Así, investigaciones como las de Albarracín (2019), detallan que la afectación psicológica en los hombres asociada a la infertilidad debería de ser más estudiada, ya que va en aumento la necesidad de recurrir a algún tratamiento y tener más acceso a instituciones especializadas. Por lo tanto, el interés para estudiar a esta población se centra en que a las mujeres usualmente se les asigna la mayor carga emocional y responsabilidad frente a la imposibilidad de concebir, dejando de prestar atención a lo que ocurre con el hombre, lo que coincide con el señalamiento de Cabrera et al. (2020) respecto a la necesidad de prestar mayor atención al rol que puede estar asumiendo el hombre en la familia actual.

Por consiguiente, el presente estudio buscó explorar la paternidad en cuatro hombres que tuvieron un factor de infertilidad y que fueron padres con ayuda de un tratamiento de reproducción asistida. Los participantes compartieron la dificultad para la concepción de un hijo/a que revirtieron por medio de un tratamiento de fertilidad sin recurrir a un donante, y que al momento de la investigación se encontraban vivenciando los primeros años de su paternidad. En ese sentido, se tuvo el objetivo de recoger la vivencia de la paternidad en hombres que lograron tener hijos luego de atravesar por un proceso de reproducción asistida. Para ello, se buscó identificar la experiencia subjetiva de convertirse en padres a través de un tratamiento de reproducción asistida, así como identificar y describir el desarrollo del vínculo con su hijo/as luego de convertirse en padres.

De esta manera, se plantea un estudio cualitativo que busca acercarse a la experiencia de cada padre y permite recolectar, describir y analizar datos sobre una temática y evento en particular desde los hallazgos obtenidos (Hernández et al., 2006; Patton, 1990). El diseño de la investigación es de estudio de caso múltiple, el cual permite realizar comparaciones y analizar tanto las diferencias como las similitudes acerca de lo que se está evaluando (Fontes de Gracia et al., 2010). Asimismo, es de corte exploratorio ya que, al tratarse de un tema poco definido, visibilizado y estudiado, el estudio pretende determinar los principales aspectos dentro del comportamiento

(actitudes, motivaciones, preferencias, intenciones o gustos) y obtener información de un tema determinado para limitar el estudio (Obando, 2017). Luego de realizar las entrevistas, se hizo un análisis temático cuya aproximación fue inductiva, y se construyeron los ejes temáticos a partir de la información recogida para identificar los temas importantes (Braun & Clarke, 2012) respecto a los objetivos de estudio. Finalmente, se analizaron los resultados tanto de manera individual como transversal.



## Método

### Participantes

Los participantes fueron cuatro padres de hijos en sus primeros años de vida, que atravesaron tratamientos de reproducción asistida luego de presentar dificultades para concebir en pareja. Respecto a la edad de los hijos, tres participantes tenían un hijo entre un mes de vida y año y medio; y un participante tuvo dos hijos, uno de once meses y otro de tres años. Adicionalmente, hubo un caso que fue excluido debido a que no cumplía con los criterios de inclusión de la investigación ya que, además de los trillizos producto de una inseminación artificial, contaba con una hija mayor (8 años) que difería en edad con los hijos de los otros participantes. Los padres del estudio terminaron su tratamiento de fertilidad en Lima, sus edades oscilaban entre 35 y 44 años, pertenecían al nivel socioeconómico medio, trabajaban y se encontraban en una relación de pareja estable.

Respecto a los criterios de inclusión, inicialmente se pensó que sean solo los padres quienes cuenten con un factor funcional de infertilidad, sin embargo, se apreció que los diagnósticos de infertilidad tienden a presentarse tanto en el hombre como en la mujer. Por ello, se concibió a la infertilidad como una dificultad a nivel pareja y no solo en el hombre, como por ejemplo la endometriosis o la baja calidad ovárica. Asimismo, se planteó inicialmente que los participantes se hayan realizado el mismo tratamiento, pero los participantes contactados y disponibles no se encontraban atravesando necesariamente por el mismo. Por ello, debido a un criterio de accesibilidad (Stake, 1999 en Rodríguez et al., 1999) y a una dificultad para conseguir participantes, se aceptaron a participantes cuyas parejas cuenten también con un factor de infertilidad y participantes que hayan sido padres por medio de distintos tratamientos. Finalmente, como criterios de inclusión se tomaron en cuenta participantes hombres que intentaron tener hijos sin éxito durante un mínimo de un año, que recurrieron a un tratamiento de

fertilidad asistida para lograrlo, que no tuvieron que recurrir a un donante de esperma y que se encuentran presentes en la vida del hijo/a.

No obstante, es importante mencionar que al tratar de ubicar a esta población se presentaron dificultades, ya que fue difícil acceder a aquellos que cumplieran con las condiciones pertinentes del presente estudio, así como por la confidencialidad y protección de los datos dentro de los centros de fertilidad. Además, en los centros de fertilidad había cierto reparo en abordar temas de infertilidad y masculinidad en hombres debido a una preocupación por invadir su privacidad.

Esto podría estar asociado a cierta vergüenza que podrían sentir algunos hombres al no cumplir con la demanda de reproducción (Oaklander, 2019 en Benitez & Santiago, 2020). Es así como, tomando en consideración las dificultades propias de tratar el tema de la infertilidad en hombres, se siguieron cuidados en el proceso de búsqueda de los participantes para que puedan brindar su consentimiento. De esta manera, los cuatro padres aceptaron y se mostraron dispuestos a compartir su experiencia luego de recibir la invitación por parte de un ginecólogo especialista en infertilidad de una Clínica de Fertilidad y por medio de contactos de confianza. Del mismo modo, un ginecólogo especialista en fertilidad de uno de los centros visitados recomendó tomar en consideración que la infertilidad representa una dificultad a nivel pareja, por lo que las mujeres podrían ser las principales interesadas y quienes concretan las citas. Así, el contacto con uno de los padres se dio por medio de la esposa.

Igualmente es importante mencionar que, en medio de la investigación, la pandemia por COVID-19 constituyó una complicación adicional, llevando a continuar la búsqueda de participantes a distancia. Por ello, el acceso y el recojo de información de uno de los casos se dio de manera virtual. También se les comentó a los participantes acerca de los objetivos del estudio, en qué consistiría su participación y el uso que se haría de lo rescatado en las entrevistas. Se enfatizó en la confidencialidad y el anonimato al momento de analizar y utilizar

la información brindada en las entrevistas a lo largo de la investigación, y se firmó con cada uno de ellos un consentimiento informado (Ver Apéndice 2).

Como información relevante de los cuatro casos seleccionados, en el caso de Antonio, él no tenía pensado ser padre en un inicio, pero conforme fue haciéndose ideas de ser padre junto con su esposa, se comprometió y animó más. Fue así como se convirtió en padre a los 35 años tras haber intentado ser padre poco más de un año de manera natural. Al no lograrlo, optó por un FIV. El problema funcional que le impidió ser padre se relacionaba con la morfología de sus espermatozoides, tema que no mencionó en la entrevista; mientras que su esposa presentaba una severa endometriosis. Llegó a concebir un hijo varón, José Ignacio, de un año y ocho meses y, producto del tratamiento, se obtuvo otro embrión el cual optó por congelar.

En el caso de Rafael, él no pensaba casarse o tener hijos hasta que se reencontró con quien ahora es su esposa e intentaron tener hijos en un inicio, pero no lo lograron. Tras pasar por una ovodonación, Rafael se convirtió en padre a los 43 años de dos hijos varones, Rafael y José, de tres años y once meses respectivamente. Refirió que, a pesar de tener ciertos problemas en su relación de pareja, estos no intervinieron dentro del compromiso hacia el cuidado de sus hijos.

Respecto a Roberto, él fue padre a los 44 años luego de que su esposa lo motivó para llevar el tratamiento. Debido a una experiencia previa negativa con un médico especialista en la provincia donde vive, se mudó a Lima para llevarlo a cabo. Así, atravesó por un FIV y tuvo a su hija, Maria Fe, quien tiene un mes. Debido a que la esposa tuvo problemas durante el parto (preeclampsia), la bebé estuvo 18 días en la incubadora ya que nació con bajo peso; dificultando el primer contacto inmediato padre e hija. En ese momento, Roberto manifiesta haber recurrido a su fe como apoyo ante la posibilidad de perder a ambas.

Finalmente, en el caso de Pedro, fue padre a los 41 años y su hija Belén de cinco meses, nació meses antes del inicio de la pandemia. Él fue entrevistado de forma virtual. Antes de convertirse en padre, Pedro pasó por dos pérdidas de embarazos tanto de manera natural como de

FIV. Tras detectar un problema de incompatibilidad sanguínea con la esposa, el tratamiento por el cual llegó a ser padre fue por aloinmunidad y, en el transcurso de este, además de Belén, obtuvo un embrión el cual optó por congelar. Pedro mencionó que cuando se convirtió en padre, cambió de perspectiva, asumió más responsabilidades y colaboró con su esposa en los cuidados.

### **Técnicas de recolección de la información**

Como parte del método cualitativo, se realizaron entrevistas a los participantes. Se construyó una guía previa de entrevista (Ver Apéndice 1), que incluyó las principales dimensiones relacionadas a la experiencia de la paternidad durante el tratamiento de reproducción asistida (incluyendo el proceso de búsqueda de la concepción, la experiencia del tratamiento, el logro de la concepción y el nacimiento) y la construcción de la relación con el hijo. A partir de esta guía, se realizó una entrevista semiestructurada a profundidad, en la que el guión previo de preguntas tiene matices de una entrevista estructurada (Folgueiras, 2016), y al mismo tiempo, este modelo de entrevista permite conocer en profundidad las experiencias personales de los participantes, facilitándoles expresarse libremente (Gaínza, 2006 en Álvarez et al., 2020), por su flexibilidad y posibilidad de hacer preguntas adicionales cuando se necesite mayor precisión o detalle (Hernández et al., 2010 en Álvarez et al. 2020). Para tal fin, se le brindó la oportunidad a cada participante de manifestar de manera libre, acorde a la guía, lo que quisieran comentar en la entrevista.

### **Procedimiento**

La duración del trabajo de campo fue de diez meses. Las entrevistas se realizaron de manera presencial, en un espacio cerrado que contaba con un ambiente silencioso y tranquilo, hasta la llegada de la pandemia y el confinamiento en el 2020. A partir de este imprevisto, la investigación y el contacto con posibles participantes tuvieron que ponerse en pausa, luego de lo cual se retomó el estudio y se realizó el contacto y la última entrevista de manera virtual, a través

de una videollamada.

Previo a las entrevistas, se comentó e informó a los participantes sobre el objetivo del estudio, las características de su participación y la confidencialidad de los datos. Luego, se procedió a la firma del consentimiento informado (Ver apéndice 2) y al llenado de una ficha de datos sociodemográficos (Ver Apéndice 3), para luego empezar con la entrevista (Ver Apéndice 1). En el caso de la entrevista por videollamada, se envió el consentimiento por correo electrónico para que sea enviado firmado antes de la entrevista. Se acordó con los participantes brindarles un informe final escrito con los alcances y conclusiones generales de la presente investigación al finalizarla.

Las entrevistas tuvieron una duración de entre 40 a 60 minutos aproximadamente, fueron grabadas en audio para luego ser transcritas y analizadas empleando el análisis temático. Al ser un estudio de caso múltiple, se realizó el análisis a profundidad de cada caso, y posteriormente el análisis transversal de los mismos.

### **Análisis de datos**

A partir de la información de las entrevistas, se realizó un análisis temático inductivo, es decir, los temas y ejes temáticos partieron y fueron construidos a partir de los datos obtenidos de la información recogida (Braun & Clarke, 2012) respecto a los objetivos de estudio. Primero, se hizo un análisis detallado de cada caso, analizando los temas para cada padre. Luego, de manera transversal, se detectaron los ejes comunes respecto a la vivencia de la paternidad, es decir se organizó e integró la data acorde a los patrones y experiencias comunes entre los participantes; brindándoles un sentido (Braun & Clarke, 2012; Pistrang & Barker, 2012 en Nóbrega et al., 2020).

Por último, la investigación cumple con los principales criterios de calidad requeridos para la investigación cualitativa. Entre estos están los criterios de rigor, relacionados a la toma

de decisiones, la dependencia de la evidencia y la garantía de la calidad de la investigación (Spencer & Ritchie, 2012; Pistrang & Barker, 2012 en Nóblega et al., 2018). Se buscó cumplir con el criterio de fundamentación, al basar las conclusiones en los resultados y datos obtenidos; con el de transparencia, al comunicar las expectativas y aprendizajes que puedan darse; y con el de credibilidad, al verificar las conclusiones del estudio mediante el diálogo con la asesora de la investigación (Hernández et al., 2010, Pistrang & Barker, 2012 en Nóblega et al., 2020).



## Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo principal explorar la vivencia de la paternidad en cuatro hombres que fueron padres con ayuda de un tratamiento de reproducción asistida y que se encontraban viviendo los primeros años de su paternidad. Como primer objetivo específico, se buscó identificar la experiencia subjetiva, de lo que para cada participante significó convertirse en padre mediante un tratamiento, y como segundo objetivo específico, explorar cómo vivencian, como parte de su paternidad, la relación con su hijo/a. Así, el análisis de los casos se ha organizado buscando responder a estos objetivos, presentando ambos aspectos de la vivencia de la paternidad para los participantes.

Los aspectos de análisis planteados coinciden con los temas desarrollados en la guía de entrevista (Ver Apéndice 1) y responden a los objetivos de investigación. Así, los resultados se presentan describiendo y analizando inicialmente el caso de cada participante, donde para cada uno de ellos surgieron temas particulares acorde con lo que vivieron durante su propio proceso del tratamiento y en el vínculo con sus hijo/as. Luego de presentar los casos, se presenta el análisis transversal de los mismos.

### A. Análisis de casos

#### **Caso 1: Antonio (35 años, padre de Jose Ignacio de 1 año 10 meses)**

##### **1. El proceso para lograr la paternidad**

*1.1 Noticia de no poder concebir.* Antonio quería esperar para ser padre, a diferencia de su esposa quien se encontraba más animada y logró convencerlo para convertirse en padres.

Hacia el año 2014 iniciaron la búsqueda, pero no lograron concebir. Antonio creyó previsible el que su esposa no saliera embarazada. Sin embargo, la esposa comenzó a preocuparse y hacerse chequeos; así, llegaron a un especialista en fertilidad:

*“[...] , cada vez que ella viajaba [...], cada vez que yo venía intentábamos, pero en ese momento ella estaba también con bastante trabajo y [...] asumía que era por [...] estrés, [...] se comenzó a hacer chequeos y el tema de ella era [...] ovario poliquístico y [...] terminó yendo con varios médicos y terminó yendo con el doctor.”*

Así, para Antonio pareciera que inicialmente la dificultad que tuvieron para tener hijos la relaciona a factores emocionales como el estrés y preocupación laboral sin tener en cuenta aún factores biológicos.

**1.2 Proceso de concepción asistida.** Para Antonio llegar a un especialista en fertilidad significó enfrentarse a un cambio en su rutina laboral y asumir mayor compromiso para acompañar a su esposa en el tratamiento de Fertilización in Vitro (FIV). A esto se le sumó la preocupación y angustia por su esposa y su hijo, debido a las dificultades que se presentaron durante el proceso de búsqueda y concepción de su hijo Jose Ignacio.

Antonio y su esposa tuvieron que esperar tres meses para lograr concebir, lo cual trajo consigo alegría. Así que, al lograr concebir en el primer intento, experimentó una satisfacción significativa de tener un hijo: “[Es] una bendición [...], estábamos bastante tiempo esperando y [...] se dio y menos mal que fue en el primer intento, [...] la felicidad de ya tener un niño después de tanto tiempo que lo estábamos buscando [...]”.

**1.3 Embarazo y primeros momentos.** A pesar de la alegría inicial, se evidencia en Antonio el temor de perder a su hijo y que su hijo naciera con alguna malformación. Él refiere que su esposa durante este periodo se encontraba “preocupada y sugestionada”. Él habría asumido el rol de acompañamiento y apoyo constante para evitar que posibles

situaciones de estrés perjudiquen el desarrollo del bebé:

*“[...] los primeros quince días [...] tuvo como rasguitos de sangre por el mismo trajín de su trabajo [...] el doctor le mandó una semana de descanso [...]. Ella regresó, [...] y nuevamente vino el sangrado y el doctor le dijo, ‘un mes’ [de descanso] y [...] estuvo en reposo absoluto [...] y ese mes yo estuve súper atento, me fijaba que ella esté bien [...].”*

La experiencia emocional de Antonio durante el proceso del embarazo fue de sensaciones gratificantes y angustiantes. Comenta que no fue hasta escuchar los latidos de su hijo que logró sentir esa conexión inicial con él. Experimentó emoción y felicidad al enterarse que iba a ser hombre: “[...] recuerdo que cuando escuché el latido me emocioné y hasta se me salió una lágrima de felicidad y sobre todo cuando me dijeron que era hombrecito me noqué [se ríe][...]”. En el día del parto, al no encontrarse presente por disposición del hospital, refirió sentirse nervioso e intranquilo. Si bien pudo ir al hospital, no presenció el parto y conoció a su hijo al día siguiente. A pesar de haber sentido inicialmente temor de cargarlo, para Antonio sostener en brazos a su hijo significó un momento placentero: “[...] me emocioné un montón. Yo soy muy poco de demostrar mis sentimientos, pero al igual que cuando escuché el latido, cuando lo cargué [...] se me salió una lágrima [...], de felicidad, eso”.

## **2. Relación padre- hijo**

**2.1 Presencia de terceros en el cuidado del hijo.** Al nacer Jose Ignacio, la dinámica familiar de Antonio y su esposa implicó organizar sus tiempos de cuidado y crianza acorde a sus horarios laborales, por lo que recurrieron a la mamá de Antonio para que cuide a José Ignacio: “[...] la suerte que tenemos es que mi mamá lo cuida, mi mamá lo está cuidando, [...] lo cuida durante toda la semana, [...] es como si fuera su hijito [...]”. Asimismo, cuando Antonio se encuentra a cargo de su hijo al estar su esposa ocupada, suele buscar el apoyo de su madre: “[...] me gusta pues estar con mi hijo, con mi esposa y cuando ella no está, salgo con mi hijo y con mi

mamá para que me apoye.”

Antonio refirió que pasa pocas horas solo con su hijo y que lo dedica en su mayoría al juego y en las actividades de cuidado asume el baño. Su esposa y su madre asumen las actividades de dormir o darle de comer: “[...] mi esposa lo hace dormir. Yo lo he intentado, pero se demora, [...] por un tema que ya debe descansar [...] ella lo hace dormir”. Sobre la hora de comer, refirió: “[...] come con su mamá o con su abuelita, conmigo no, juega pues conmigo [...] y no quiere comer [...].”

Si bien asume algunas actividades de cuidado y entretenimiento de su hijo, a Antonio le estaría costando asumir los cuidados de Jose Ignacio por su cuenta, lo cual lo llevaría a necesitar la presencia y apoyo de un tercero. De esta manera, pareciera que las tareas más relacionadas al cuidado tienden a ser asumidas por figuras femeninas como su esposa o su propia mamá. Así, en los momentos de cuidado, Antonio podría estar recurriendo a las mujeres de su entorno, ya que se sentiría más seguro teniendo a estas figuras femeninas cerca porque las percibiría con mayor capacidad para ejercer el rol de cuidadoras con su hijo. Uno de los factores por los que delegaría los cuidados podría relacionarse a la forma tradicional de crianza y cuidado en la que el padre suele ser el principal proveedor y la madre quien los cuida.

A pesar de esto, Antonio alberga el deseo de ser un padre presente y participativo en los cuidados de su hijo, lo cual podría romper con el ciclo de ausentismo, ya que él mismo no creció con su padre biológico y tuvo como figura paterna a su tío abuelo:

*“[...] yo tenía una figura paterna que era mi tío abuelo, [...] yo creo que me enseñó bien las cosas. Siempre de chiquito recuerdo que caminábamos, me decía que siempre debo de saludar y esas cosas, y eso es lo que voy a hacer con Jose Ignacio. Que entienda un poquito más y cuando camine con él le voy a decir que se hace esto, esto y esto, tal cual”.*

**2.2 Cambio de prioridades.** Antonio percibió que convertirse en papá implicó un cambio en su vida y una reorganización de prioridades, ya que comentó que antes los planes surgían con

mayor espontaneidad y ahora requieren de mayor planificación: “[...] antes agarrábamos mochila y nos íbamos con mi esposa, ahora es toda una mudanza. Al carro va su cunita, su tinita, atrás está lleno todo de él. Definitivamente nos ha cambiado la vida”. De igual modo, Antonio reconocería un cambio en la distribución de gastos ahora que son tres.

El cambio de prioridades podría apreciarse en la forma en que se percibe a sí mismo en relación con su hijo. Antonio percibe a su hijo como una prioridad y una bendición y se percibe a sí mismo en un segundo plano al dirigir más atención hacia su hijo.

**2.3 Temor y preocupación por su hijo.** Se aprecia en Antonio un deseo de cuidar, proteger y monitorear a Jose Ignacio constantemente; este deseo coexiste con el temor de que le pase algo a su hijo. Posiblemente, ese temor estaría relacionado a la percepción que tiene de su hijo como alguien frágil y necesitado de cuidados: “[...] una cosita chiquita, todo flaquito ¿no?, que me daba un poquito de temor cargarlo por lo que estaba un poco delgadito [...]”. Este temor de que le pase algo podría llevarlo a intentar proteger y controlar cualquier amenaza:

*“[...] el otro año entra al nido y tiene que ser un nido que tenga cámaras para poder ver cómo está, por lo que ahorita se ve tantas cosas en los nidos ¿no?, [...] definitivamente tiene que tener cámaras, definitivamente [se ríe] para poderlo ver desde mi celular cuando esté en el trabajo o desde donde esté.”*

Así, la preocupación de Antonio de que le pase algo a su hijo podría estar relacionada a la experiencia emocional de haber concebido a Jose Ignacio de manera asistida, un proceso embargado de preocupaciones y temores ante una posible pérdida.

**2.4 Percepción de paternidad y demostraciones de afecto hacia el hijo.** Antonio comentó que le cuesta expresar cómo se siente y que no es de demostrar mucho sus sentimientos, pero esto cambia con su hijo a quien suele demostrarle afecto en contextos más privados, donde solo estén los dos. Al respecto, señaló:

*“[...] yo no soy mucho de expresarme, de dar afecto a bastantes personas, pero cuando estoy con él sí lo abrazo, le digo ‘te quiero hijo’ ¿no?, ‘te amo mucho, no te va a pasar nada’, pero cuando llega mi mamá o mis hermanos yo no demuestro eso. Eso es algo que es con mi hijo, algo de los dos.”*

Además, Antonio podría percibir que las demostraciones de amor en la paternidad se pueden dar de manera más forzada y menos espontánea que en la maternidad, ya que las mujeres “lo llevan en su vientre”. Así, las demostraciones de amor que Antonio siente que tiene que darle a su hijo podría vivirlas como un mandato de afecto, es decir, como algo que tiene que sentir y no como algo que se desarrolla espontánea y naturalmente. Tal y como refirió:

*“[...] Nació y me dije, [...] ‘ahora tengo que quererlo’, en la madre creo que es distinto por lo que lo lleva en su vientre, pero en el padre es como decir ‘ahora tengo que quererte’ y pues se me pasó por la mente y ahora es mi adoración [...].”*

En función de lo planteado, pareciera que la conexión paterno-filial para Antonio es algo que no surge desde antes del nacimiento, sino a partir del vínculo con su hijo, de la interacción mutua (por ejemplo, en los momentos de baño y juego).

En esta misma línea, Antonio percibe a su esposa con una capacidad particular para lidiar con la angustia de su bebé. Refiere que hay veces en las que su esposa se va a estudiar en la madrugada a la sala o comedor y que su bebé se despierta angustiado: “[...] yo lo cargo y no ve a su mamá se pone a llorar, me pongo a pensar que es por lo que es su mamá. [Ella] sube embalada, lo carga y se tranquiliza [...]”. Entonces, pareciera que él siente que su hijo se angustiaba ante la ausencia de la mamá y que, a pesar de él estar presente y contenerlo, el hijo lograba calmarse solo cuando la mamá regresaba.

**2.5 Coparentalidad: cuidados e imposición de límites.** Antonio estaría asimilando su paternidad, ya que estaría comenzando a sentirse padre y asumir su rol dentro de la dinámica familiar lo cual podría llevarlo a buscar transcurrir mayor tiempo como familia. Por lo tanto, destina sus tiempos libres a pasar tiempo con su hijo y su esposa.

La forma en que percibe a su esposa al momento de la disciplina es como pasiva y permisiva frente al hijo, mientras que él se percibiría como “estricto”, “mano dura”, “resondrón”. En función a eso, Antonio percibiría diferencias con la esposa respecto a la imposición de límites y disciplina:

*“Él sabe que no puede entrar a la cocina, [...] yo no lo dejo entrar [...], pero cuando está con mamá entra [...], ella lo deja más suelto y yo soy un poquito, [...] de mano dura y le digo ‘Jose Ignacio tú sabes que no puedes entrar’ [...].”*

Sin embargo, refirió que cuando es momento de regañar o llamar la atención, lo considera aún muy pequeño para hacerlo: “Me lo llevo jugando, le digo ‘hijito, sabes que no puedes venir’ y lo llevo a la sala, de ahí si quiere regresar lo hago igual, midiéndome [...], no le puedo gritar por lo que está chiquito [se ríe]”. Esto podría indicar que para Antonio la edad de Jose Ignacio sería un atenuante al momento de ejercer disciplina debido a que se controlaría para no ser severo, exigente o autoritario.

## **Caso 2: Rafael (46 años, padre de Rafael de 3 años y de José, 11 meses)**

### **1. El camino hacia lograr la paternidad**

**1.1 Experiencia de tratamiento de reproducción asistida: resignación y deseo de ser padre.** Rafael refirió que en un inicio el no poder tener hijos le generó cierta resignación: “[...] me frustraba, no era la parte económica, pero lo de la esperanza pues, así fue. Al inicio uno como hombre [...] puede pensar ‘[...] si no se puede tener hijos, hay que vivir así nomás’[...]”. Esta sensación fue cambiando paulatinamente y se convirtió en un mayor deseo de ser padre: “[...] en un inicio no pudimos tener hijos y me dije, ‘caballero pues ¿no?’ Pero después uno conforme va avanzando quería más y quería más y pues uno se va haciendo la idea [...]”. Así, podría decirse que, en el caso de Rafael, la imposibilidad de tener hijos le generaría más deseo aún de tenerlos y, por ello, más adelante, perseveraría.

A partir de los resultados del espermograma, el cual arrojó una mala calidad

espermática, decidieron llevar a cabo una Fertilización in Vitro (FIV) con los óvulos de la esposa. Se realizaron estudios en los embriones obtenidos, se les detectaron problemas genéticos y fueron desechados, resultando en un proceso no exitoso y, ante lo duradero que fue, se les recomendó descansar un año. Incluso, pensaron en la adopción, pero la descartaron por temor a la carga genética o emocional con la que podría venir el hijo adoptado.

A diferencia de la esposa, Rafael presentó mejoras en la calidad espermática. Por lo tanto, decidieron pasar por otro FIV, pero con óvulos donados. Se puede evidenciar en Rafael que su anhelo de ser padre se mantuvo presente y fue lo que posiblemente lo llevó a agotar todas las alternativas de tratamientos que podrían realizarse. Por eso, tras no haber logrado concebir con éxito, llegaron a la ovodonación.

Así, luego de haber atravesado por un proceso difícil, en el cual el miedo parecía estar opacado por la preocupación y agotamiento, Rafael pareció prestar mayor importancia al bienestar y la salud de su bebé: “[...] después de esa experiencia ya no tenías en mente si querías un varoncito o mujercita, simplemente querías que salgan sanos”. Así, debido a las dificultades y circunstancias del proceso, pudo haber sido experimentada para él, como un fuerte desgaste emocional lleno de angustia y decepción:

*“[...] tantos intentos se intentaron y fue aquí que el especialista nos dijo que mejor optemos por la donación de los óvulos. Me dijo que yo había mejorado, pero mi esposa no, pero dijimos ‘intentemos una vez más’, pero igualito, fue lo mismo. [...] No se pudo y no se pudo, pero cuando intentábamos seguíamos en la misma y el desgaste emocional aumentaba y el compromiso de querer tenerlo era mayor.”*

De esta manera, pareciera que las dificultades que se presentaron a lo largo del tratamiento quizás no representaron para Rafael un impedimento para convertirse en padre, sino más bien, un impulso.

**1.2 Malestares en la pareja respecto al tratamiento de ovodonación.** A partir de tomar la

decisión de la ovodonación es que en Rafael se evidenciaría el temor de que su esposa no percibiera a sus hijos como completamente suyos ya que podrían no parecerse físicamente a ella: “[...] Decidimos tomarlo con tranquilidad, pero de allí nos fuimos con la idea, la inseguridad de que al final ella no los sienta como suyos [...]”. Así, se halla que Rafael se preocupó por la posibilidad de que su esposa sienta a los hijos como más de él.

Rafael podría haber sentido que este temor se cumplió posteriormente cuando su esposa en algún momento le reclamó: “[...] alguna vez, cuando discutíamos, ella decía ‘claro, es más hijo tuyo que mío’, cosas así ¿no? [Yo] le decía ‘no digas eso’. En el caso de Rafaelito, era nuestro hijo y punto”. A partir de esto, podría estar percibiendo que el que haya funcionado el procedimiento en él, es decir, que hayan sido utilizadas sus células en el tratamiento, estaría generando malestar y reproche por parte de su esposa hacia él.

**1.3 Primeros momentos con sus hijos.** Rafael reconoció que, al tener más de un hijo, las experiencias de su paternidad no iban a ser necesariamente iguales. Si bien en ambas predominaron una mezcla de emociones como el miedo, el cariño y el amor; la ansiedad fue mayor en el encuentro con el primer hijo que con el segundo hijo. Esto podría explicarse debido a que en esta segunda ocasión la experiencia previa de haber tenido ya un hijo le permitió encontrarse más preparado en el manejo de las emociones que puede traer la llegada de un hijo:

*“[...] En el primero, por ser el primero, la ansiedad fue máxima y, en el segundo, fue más como un ¿y cómo será? y pensar en las malas noches que no fueron en sí malas noches. Siempre hay su ansiedad, nada de que ‘ay esto es fácil’, pero no todos toman en cuenta que las experiencias con dos hijos pueden ser distintas.”*

Además, refirió que los primeros momentos con el primer hijo estuvieron llenos de frustración. Esto podría entenderse como parte del proceso de adaptación a su primera experiencia de paternidad que implicaba hacerse cargo por primera vez de un menor por sí solo:

*“[...] como papá primerizo también tuve mis momentos frustrantes, yo recuerdo que en las primeras noches se levantaba por su leche, pañal, lo que sea, pues lloraba y gritaba. En esos momentos yo lo tenía en brazos y no se calmaba con nada y por mi cabeza me decía ‘¿dónde lo devuelvo?, ¿dónde se devuelve un niño así?’”*

## **2. Relación con los hijos**

**2.1 Disposición para la participación en los cuidados y disfrute de acompañar su crecimiento.** Posterior a esos primeros momentos con sus hijos durante los primeros meses, se evidencia en Rafael el surgimiento de una sensación de pertenencia, ya que cuando su primer hijo creció comenzó a sentirlo más suyo. Rafael comentó que, cuando su hijo tenía un año se sentía: “[...] más tranquilo, más canchero, identificado, era más mío, mío, y se tornaba una especie de competencia con la mamá [...]”. En tal sentido, mientras más grande sea el hijo, podría tener más tiempo a solas con él sin la mamá a diferencia de los primeros meses.

Asimismo, Rafael reconocería como parte de su experiencia paterna una mayor responsividad y disposición: “[...] Me siento contento cuando los veo, estoy con ellos o no, me pesa la madrugada para atender al más chiquitín que se levanta, lo levanto, lo lleno de besos, lo arrullo, le doy su leche, lo hago dormir [...].” Además, disfrutaría participar y acompañar en los logros de sus hijos, al respecto mencionó:

*“[...] ‘domingo, sin nana, sin esposa, ¿qué hago con él?’ entonces dije ‘me lo llevo al parque’ porque sabía que era su favorito y ahí fue que lo hice caminar. Ahí fue que grabé su video de sus primeros pasos conmigo, eso para mí fue súper importante porque entendí que ya podía participar en más cosas de la vida de mi hijo [...]”.*

En función de lo planteado, podría identificarse en Rafael el disfrute de su paternidad y la importancia que le brinda a los avances en sus hijos, ya que también estos involucran su cuidado: “[...] cada día crecen. Un día cerré los ojos y al día siguiente José ya tenía dientes, le creció. Otro día, Rafaelito ya está corriendo, ya está en su nido, ya se mete a la piscina”. Por lo tanto, esta disposición y participación podría influir en la manera en que críe y se vincule con sus hijos.

El vínculo que viene formando con su primer hijo se caracteriza por una mayor complicidad y comunicación ya que la edad del hijo (3 años) permitiría que puedan entablar conversaciones y por ende entenderle. Así, comentó:

*“[...] como papá me di cuenta que mi hijo ya interactuaba con más niños, ya comienza a hablar, ya te explica muchas cosas, se deja entender. Veo que hay más comunicación [...] una comunicación fluida y muy buena para su edad. Entonces, ya veo que me explica cosas, me intereso más en él, en las cosas que me dice, me convierto más en su cómplice”.*

Rafael mencionó que le nació ser papá y sintió como un instinto paterno, como si sintiera que el vínculo con sus hijos se dio de forma más espontánea. Podría entenderse que cierto “instinto” paterno y experiencia en el cuidado de otros niños en su familia de origen le habrían permitido sentirse cómodo a la hora de vincularse con sus propios hijos, y sentirse participativo desde el disfrute. Respecto a ello, dijo:

*“[...] siempre me han gustado los niños, [...] los bebitos, me gusta jugar con ellos, cargarlos, [...], he cambiado pañales a las hijas de mi hermana [...]. Entonces creo que siempre he tenido ese instinto, pero lo he tomado como algo muy normal, creo que una persona [...] de mi edad no lo haría en esa época, pero sí he disfrutado también estar en contacto con otros niños y tal vez asumir el papel de tío o de padrino y disfrutar [...] estar con ellos y sentir ese ambiente paternal [...]”.*

Quizás Rafael ante lo que refiere como “instinto paterno” o “ambiente paternal” estaría

haciendo alusión a una sensación dentro suyo que lo hace sentirse más capaz de asumir su rol paterno. Por lo tanto, la interacción previa con otros niños en su trabajo como médico y en su ambiente familiar podría haber influenciado en esta sensación. Así, se aprecia que Rafael se encontraría en un momento de su paternidad en la que se sentiría más capaz y participativo en la crianza de sus hijos.

**2.2 Valoración de su presencia como padre y el tiempo padre-hijo.** Rafael y su esposa buscan transcurrir tiempo con sus hijos compartiendo actividades; sin embargo, hay veces en las que se le complica por su horario laboral por lo que requiere del apoyo de dos nanas. Rafael buscaría tener tiempo a solas con ellos y esperaría a que su esposa se vaya para hacer algunas actividades los tres. En esa línea, pareciera que Rafael valorara mucho el tiempo a solas que puede tener con sus hijos: “[...] se le compró una piscina para armar, y pues me tienes esperando el momento para que la mamá no esté y la armemos y para estar ahí los dos y el más chiquitito [...]”. Surge la pregunta de si esto podría relacionarse con la presencia del factor género, quizás hay un deseo de estar él y sus dos hijos hombres compartiendo una actividad tradicionalmente asociada a los hombres como el armado y construcción.

Respecto a cómo experimenta Rafael el vínculo paterno-filial, se aprecia que percibe a sus hijos como su principal prioridad ahora luego de haber experimentado una vida sin responsabilidades familiares: “[...] Ahorita yo quiero dedicarme a ellos. Como yo digo, he tenido a mis hijos bien bailado, bien gozado, bien viajado, bien inflamado [...], por eso mi preocupación es mi trabajo y mis dos hijos, nada más [...]”. Además, en el vínculo con sus hijos él resalta la complicidad como un elemento importante, por ejemplo, buscaba complacer y engréir a su hijo mayor dándole las cosas que deseaba (como antojos) para generar complicidad entre ambos.

Asimismo, en cuanto a la manera en que vive su paternidad, se evidenciaría en Rafael el deseo de disfrutar y construir nuevas experiencias en conjunto; donde rescató que ser padre y el

vínculo con sus hijos le genera felicidad y satisfacción. Rafael asociaría esta manera placentera en que vive su paternidad con su edad, ya que al convertirse en padre a una mayor edad le ha permitido vivir experiencias que lo han preparado para identificar sus prioridades y enfocarse en estas: sus hijos y su trabajo. Es así que se percibiría como más maduro, centrado y enfocado que antes cuando era más joven:

*“[...] Me gusta, creo que el hecho de ser papá mayorcito, la otra vez me dijeron ‘que bonito su nieto’, [...] me hace sentir... pues, yo ya viví las cosas que quería vivir y ahora yo estoy viviendo otras cosas con mis hijos ¿no? Me gusta mucho y me siento muy feliz, halagado, es especial y muy bonito”.*

**2.3 Deseo de protección y seguridad.** Rafael tiene el deseo de dar seguridad, bienestar y protección, lo cual podría relacionarse al temor de que les pase o estén expuestos a algo.

Asimismo, alberga el deseo de que cuenten con buena educación, que sean amados y queridos. Estos deseos y temores podrían verse reflejados en cómo protege y cuida a sus hijos. Comentó:

*“[...] Quiero que crezcan bien, veo tantas cosas que pasan en la calle, veo las noticias, todas las cosas que llegan a la emergencia. [...] Veo tanta cosa, tanta maldad, que lo primero que trato es protegerlos, mi esposa me dice ‘mucho los sobreproteges’ y le digo que me da miedo dejarlos [...], quiero que crezcan sanos, [...] que tengan una buena educación, que no sean necesitados, que se sientan amados, queridos, que puedan amar, querer personas, eso me gustaría, que sean felices”.*

Además, el deseo de proteger, dar amor y seguridad a sus hijos pareciera relacionarse con experiencias pasadas en las que se sintió cómodo asumiendo roles de cuidado, protección y sostenimiento; lo que podría estar influyendo en el compromiso que él tiene ahora con sus hijos.

De igual manera, mencionó la importancia de estar presente como padre en sus vidas. Al

momento de pensar acerca de su rol paterno, Rafael piensa también en su propia figura paterna. Se halla que a Rafael le gustaría conservar y repetir en el vínculo con sus hijos la misma cercanía que él tenía con su papá; sin embargo, buscaría diferenciarse siendo más cariñoso de lo que fue su padre con él: “mi papá, mi pata, hasta ahora [...], no recuerdo que me haya dado tantos besos como los que suelo yo darles a mis hijos [...], pero yo quiero ser más cariñoso de lo que era mi papá conmigo.”

**2.4 Dificultades en la relación de pareja.** Respecto de la relación de pareja, Rafael percibe que la relación ha “desmejorado”, siendo sus hijos el principal motivo de continuar juntos. Asimismo, Rafael percibiría cierto nivel de competitividad con su esposa, ubicándose con igual o mayor capacidad para cuidar y enseñar: “[...] cuando converso con ella o discutimos algo respecto a los niños, [...] siempre le reitero ‘pero yo lo hice caminar’ y ella se queda callada o mirándome”. Así, pareciera que Rafael entra en tensión con su esposa al intentar demostrar quién ha influido o contribuido más con el desarrollo de sus hijos.

### **Caso 3: Roberto (44 años, padre de María Fe, de 1 mes)**

#### **1. El camino hacia lograr la paternidad**

**1.1 Noticia de no poder concebir.** Roberto refirió que, tanto a él como a su esposa, los embargó cierto temor de que posiblemente no puedan tener hijos: “‘Hijos todavía no’ decíamos y hasta que después no salía embarazada. Mi esposa tenía miedo, no quería ir con un ginecólogo hasta que, por mi hermana, que es obstetra, y una prima, fuimos [...]”. Por otro lado, percibió que a su esposa le apenaba enterarse de que no podría tener hijos tras haber experimentado un primer trato frío y distante de parte de los profesionales: “[...] le dijo ‘tú no vas a tener hijos porque tienes que operarte’ [...] y mi esposa sintió pena, me dijo ‘Roberto, no voy a tener hijos, mira lo que ha dicho el doctor [...]’”. Sin embargo, este trato influyó en que buscaran más opiniones y maneras de poder concebir.

Además, este temor que inicialmente apareció frente a la posibilidad de no poder concebir se evidenció en otros momentos como cuando pensaban que algún profesional les podría brindar una información poco favorable, por ejemplo, que el tratamiento no fuese exitoso. A pesar de ello, recurrieron a otros profesionales. Es así como, en busca de una segunda opinión, decidieron ver a un especialista en temas de fertilidad que atendía principalmente en Lima, pero se encontraba trabajando temporalmente en la ciudad donde ellos viven: “[...] Vinimos a Lima ya hace un año para que se haga esa histeroscopia, [...] nos dijo que sí podría salir embarazada pero que tenía miomas en el útero, que tenía que operarse.”

Por lo tanto, esto podría indicar que después de una sensación de desesperanza inicial, le siguió una sorpresa y esperanza significativa debido a la noticia de un tratamiento efectivo de reproducción que trajo seguridad y confianza a Roberto para concretar su deseo de ser padre.

**1.2 Decisión de un tratamiento de reproducción asistida.** Roberto comentó que con su esposa buscaron por un año tener hijos. Intentaron primero concebir sin utilizar un método anticonceptivo, pero no tuvieron éxito; luego, intentaron con pastillas como parte de un tratamiento por tres meses. Finalmente, optaron por la FIV por recomendación médica, ya que era el procedimiento más rápido para la edad que tenían.

A partir de lo referido por Roberto, la edad es un elemento importante en el procedimiento elegido. Así, decidieron realizarlo en Lima y, como particularidad del tratamiento, les permitieron escoger el sexo de su bebé. Además, decidieron trasladarse a Lima para llevar el procedimiento por una semana al mes. Este traslado podría haber implicado cambios importantes para ellos como estar alejados de casa, de su familia y de su red de apoyo.

**1.3 Proceso de concepción asistida y embarazo.** Roberto reconoció al proceso de concepción asistida como desgastante física y emocionalmente, ya que, por un lado, se requirió diversos procedimientos y, por otro lado, experimentaron angustia frente a la incertidumbre del tratamiento y temor ante la espera y la posibilidad de que no surja después del esfuerzo hecho: “[...] cuando hicieron la transferencia [...], comenzó esa angustia de tener que esperar [...] y me

decía ‘¿y si no sale embarazada?’ [...]”.

A pesar de que el temor y la angustia hayan predominado, el deseo de ser padres podría haberlos impulsado a continuar con el tratamiento. Luego de tres meses de espera, la prueba de embarazo dio positivo, lo que le hizo sentir alegría. Respecto al proceso de embarazo, Roberto buscaba evitar que su esposa se angustiara o renegara, y procuraba brindarle felicidad y compañía. Así, en este momento inicial del embarazo, Roberto pareciera ubicarse como el encargado de transformar y apaciguar la angustia de su esposa: “[...] evitaba que ella se angustie, evitaba decirle algunas cosas y procuraba que todo sea felicidad [...]. Su embarazo lo llevó bien, me ocupaba de que esté tranquila, que no reniegue”. También refirió que sus familias estuvieron pendientes, lo cual pudo representar un soporte importante en este momento.

En la etapa final del embarazo, a su esposa le dio preeclampsia. Debido a esta situación, reconocida por Roberto como una experiencia traumática, sintió que su paternidad se tiñó de incertidumbre. Él y su esposa tuvieron que trasladarse en avión de emergencia a Lima y se realizó una cesárea inmediata antes de la fecha prevista. Así, esta experiencia durante el nacimiento de su hija podría haber generado un monto mayor de angustia, tristeza y dolor, ya que se enfrentó a la posibilidad de perder a su esposa e hija. Es así que, debido a las complicaciones y dificultades que atravesaron durante el parto de su hija, experiencia que aún lo conmueve y moviliza, se aprecia que Roberto la percibiría como una bendición:

*“[...] si esperábamos más por poco me quedaba sin hija y sin esposa si no hubiese recibido la atención adecuada. Todo en cuestión de minutos. Gracias a Dios se dio bien y salimos adelante. Fue una experiencia angustiante [...] la más angustiante [...] [llora], pero como le digo a mi esposa tenemos que dejar esto atrás y seguir para adelante. Yo soy medio así llorón [ríe], es un sentimiento que igual con la bebé, yo la veo y pienso en salir adelante”.*

Desde estos momentos refirió apoyarse en sus creencias y en su fe para afrontar situaciones difíciles y sobrellevar mejor los momentos complicados: “[...] le iba a pedir al

santísimo que todo le vaya bien a mi esposa. Siempre me voy todas las noches, por la fe que tengo [...], por la evolución de mi hija, los controles van normal, pero voy”.

## **2. Relación con la hija**

*2.1 Construcción del vínculo en los primeros meses.* A raíz de las complicaciones vividas, el primer encuentro con su hija Maria Fe no fue inmediato, ya que estuvo en la incubadora los primeros dieciocho días de nacida. Roberto comentó que dejar en la clínica a su hija fue una experiencia triste y penosa en la que recuerda haber llorado mucho. El haber visto a su bebé frágil, delgada e indefensa podría haberlo vivido como un fuerte impacto emocional: “[...] no podías abrazarla mucho. Estaba delgadita y frágil, pero igual la cargamos ambos. Fue lo más hermoso, [...], tenía más pena ya dejarla”.

Luego de que le dieron de alta a su hija, contaron con el apoyo de su familia residente en Lima, en específico la suegra; posteriormente, ellos mismos comenzaron a asumir los cuidados. Roberto comentó que ahora la presencia de su hija demanda una serie de cuidados, ya que tiene que despertarse cada tres horas para atenderla. Asimismo, al interior de la dinámica familiar, Roberto se posicionaría en un rol observador, atento y pendiente a cualquier necesidad de su bebé con o sin su esposa presente: “[...] mi esposa se va [...] yo me quedo con ella, me la quedo mirando [...], para ver si respira, que no se ahogue [...]. Con mi hija estamos pendientes, [...] si hace o no [...] de comprarle esto [...]”.

Roberto también mencionó que teme darle biberón y que se ahogue, entonces evitaría hacerlo. Esto podría relacionarse con la percepción que tiene de Maria Fe como una bebé frágil. La experiencia de ver a su bebé en la incubadora podría haber despertado en Roberto el temor de que le pase algo a su hija y perderla, por lo que intentaría manejarse con más cuidado con ella. Sin embargo, se sentiría más seguro de asumir la alimentación en presencia de su esposa: “[...] no le doy mucho el biberón, me da miedo que se ahogue. Como está mi esposa, sí me atrevería a darle”. Aun así, Roberto tendría una participación activa en los cuidados de su bebé; aún desde

un rol de asistencia: “[...] mi esposa la cambia, pero yo estoy ahí. [...]. Estoy ahí cansadito por lo que cada tres horas hay que estar ahí cambiándole el pañal y darle la leche, pero yo, [...] me levanto a hacerle el biberón [...].”

Roberto refirió que la llegada de su hija implicó un cambio en su vida y un cambio de prioridades. Así, se encontraría enfocado en su hija y en quedarse en casa en lugar de compartir con sus amistades: “[...] Ya no es mi prioridad salir con amigos, sino ahora es quedarme en casa para disfrutarla y estar con ella. Esa es la manera que siento que nos ha cambiado la vida [...]”. Debido a lo vivido con su hija antes de tenerla con ellos en casa, priorizaría transcurrir el mayor tiempo posible con su familia.

Además, estaría enfocado en el bienestar, desarrollo y futuro de su hija, donde a su vez, desearía brindarle amor y cuidado. Desearía que su hija sea independiente, que no esté aferrada a ellos afectivamente y que esté preparada para la vida. Pareciera haber un deseo en Roberto de brindarle las herramientas adecuadas a su hija para que ella pueda vivir, crecer bien, y valerse por su cuenta. En ese sentido, se entendería la importancia que le da Roberto a estar presente en la vida de su hija para potenciar sus oportunidades: “Que se desarrolle profesionalmente [...], que sea una niñita de bien, bien educadita, prepararla para que salga adelante con todos los cuidados, [...] se pueda desarrollar en esta sociedad. Que sea responsable e independiente”.

#### **Caso 4: Pedro (41 años, padre de Belén de 5 meses)**

##### **1. El camino hacia lograr la paternidad**

*1.1 Experiencia de tratamiento de reproducción asistida.* Antes de tomar la decisión de someterse a algún tratamiento, Pedro acordó con su esposa esperar unos años para ser padres: “[...] cuando nos casamos los primeros años dijimos ‘no, ahorita no’ y después había momentos en que decías ‘ahora sí’ y luego decías ‘mejor ya no’. No estaba del todo claro [...], por ratos pensaba, mejor no, así nomás [...]”. Así, durante esos primeros momentos de pareja ellos se sentían indecisos respecto a convertirse en padres y cuando tomaron la decisión, presentaron

dificultades.

Pedro comentó que buscaron concebir en un tiempo de cinco a seis años, dentro de los cuales tuvieron dos pérdidas tanto de manera natural como por un tratamiento previo por FIV. Tras vivir momentos difíciles y haber comenzado el tratamiento en su ciudad de origen, decidieron ir a Lima a continuarlo. Es así que contactaron a un especialista que les hizo un tratamiento de reproducción asistida por aloinmunidad, que implicó crear una vacuna para evitar que el cuerpo de la esposa rechace las células de Pedro para evitar que se produzcan abortos espontáneos.

Durante toda esta etapa, Pedro vivió el proceso en dos etapas. Por un lado, frente a los intentos fallidos, experimentó angustia, incertidumbre y preocupación. Posteriormente, debido a la duración prolongada del tratamiento sin éxito, Pedro comenzó a sentir resignación, es decir, aceptar que quizás en el futuro el ser padre no sería una posibilidad. Además, estas etapas fueron vividas por Pedro de manera fluctuante, ya que inicialmente se angustiaba por la situación, luego se resignaba y aceptaba, y finalmente se decidían por iniciar de nuevo con la búsqueda. Respecto a la sensación de resignación comentó:

*“Como el tratamiento fue largo, [...] llega un punto donde te cuestionas y dices: ‘bueno, por algo suceden las cosas, de repente en nuestro futuro no estaba ser padres’; entonces, empiezas como que a resignarte [...]. Comienzas a buscar alternativas con el ‘ok, haré tal cosa’, con esta otra empiezas a tratar de ocupar tu mente en buscar el lado positivo dentro de lo malo que podría ser la situación [...] vamos a intentar hasta donde se pueda y si pasa en buena hora y si no, bueno, la vida continúa [...] y nos dijimos que, si esto no funciona, bueno ya, caballero ¿no?, ahí queda”.*

En función de lo planteado, el deseo de ser padre en Pedro cambiaba constantemente porque, a raíz de no lograr la concepción con éxito en un corto tiempo, comenzó a experimentar

desánimo y poca motivación. Si bien durante el tratamiento deseaba convertirse en padre, él se replanteaba esta decisión continuamente debido al costo emocional y material que sentía que el tratamiento implicaba para él y su esposa. Por tal motivo, en aquellos momentos en los que sentía resignación, Pedro solía darle mayor peso a estas dificultades y altibajos del tratamiento lo cual pareciera ser la manera en que lograba sobrellevar su situación y aceptar que quizás no iba a poder ser padre. A pesar de ello, el deseo de ser padre, el compromiso con su pareja y la posibilidad de éxito en el tratamiento lo motivó a seguir intentando ser padre y a buscar más alternativas de tratamientos y especialistas.

Luego de aproximadamente seis años de probar diversos tratamientos, su hija fue concebida naturalmente, pero implicó que su esposa fuera preparada con ayuda de la vacuna que prepararon para que haya compatibilidad sanguínea. A la par del tratamiento de aloinmunidad, se realizó simultáneamente un FIV del cual obtuvieron un embrión que optaron por congelar.

Habiéndose logrado el embarazo, Pedro experimentó una sensación de logro: “[...] tuve una sensación de alegría, sobre todo de alegría, de obtener algo que estábamos buscando y que por fin lo conseguíamos [...]”. Además, decidió tomar la noticia y vivir el embarazo con cautela, de manera calmada, quizás a partir de la experiencia emocional previa de las pérdidas de embarazo que podría haber influido en no querer generar expectativas: “[...] ok, tomémoslo con calma, ya nos ha pasado [...].”

## **2. Relación con la hija**

*2.1 Primeros momentos tras la llegada de la hija.* El primer contacto y los primeros momentos con su hija Pedro los describe como momentos de felicidad: “Fue súper emocionante, fue muy emotivo, eh, es un tema extraño porque al comienzo te paralizas, te quedas observando y después viene el tema de una felicidad grande ¿no?, eso ocurrió también cuando la cargué [...]”. Asimismo, refirió que actualmente logra tener más momentos padre e

hija los que señala como placenteros:

*“El solo hecho de estar con ella ya es bonito, hasta verla dormir lo disfrutas. Hay una sensación ahí [...] un vínculo difícil de describir, pero está ahí, tú sabes que está ahí. Con que ella te mire y te sonría ya uno empieza a babear ¿no? Ahora que estoy más en la casa por cuarentena, estoy más tiempo con ella y no me estoy perdiendo de cosas, que por más detallitos pequeños que sean, lo disfrutas”.*

Asimismo, se halla que Pedro experimenta disfrute y placer en sentirse padre. En esa línea, buscaría la conexión e interacción mutua con su hija en momentos donde se encuentra a solas con ella, percibiendo una conexión íntima.

Además, a partir de la llegada de su hija, Pedro vivió un cambio de perspectivas y necesidades debido a la sensación de que ahora no tendría que pensar sólo en él. Así, estaría enfocado en su hija, en tener un plan de resguardo en términos económicos, priorizando brindarle bienestar y un futuro estable cuando él no esté. Desearía que su hija sea feliz, tenga una vida plena y que sea una persona de bien.

**2.2. Percepción del rol paterno.** Pedro tiene la concepción de que la paternidad debe ser planificada y deseada, que implica disfrutar y aprovechar el tiempo; y ser responsable, corregir y aconsejar con el ejemplo. Respecto a las expectativas que tiene de sí mismo como padre, Pedro alberga el deseo de estar pendiente, de ser un padre confiable, afectivo y cercano a su hija: “[...] espero que mi relación con ella sea buena, que vea en mí no solamente a su papá sino a alguien en quien confiar, a quien pueda contarle sus cosas, que me pueda pedir un consejo fácilmente [...]”. Sin embargo, no desearía caer en la sobreprotección por querer ser tan cercano y pendiente de su hija: “[...] tratas de estar más pendiente y la idea es que con todo lo que ha pasado no queremos tenerla en una burbuja, que no se caiga, que no se golpee, que no se raspe.”

Este deseo de no ser sobreprotector podría estar ligado a la carga emocional vivida durante el tratamiento, ya que en ese periodo Pedro experimentó angustia y preocupación, lo que

posiblemente lo habría llevado a estar más pendiente de su hija: “Creo que eso sí tiene que ver con lo que pasó ¿no?, [...] estamos tratando de llevar todo bien, pero siempre hay un tema que tiendes a ser un poco más aprehensivo”. Así, a pesar de que no quiere ser sobreprotector, reconoce ciertas actitudes de preocupación hacia la seguridad de Belén lo cual genera en él temor de impedir que su hija realice actividades y explore su entorno de manera autónoma.

**2.3 Distribución de cuidados con la pareja.** Pedro refirió que con su esposa se dividieron las actividades de la casa, así como los cuidados de su hija, debido a las actividades y las jornadas laborales. Así, hay momentos en los que Pedro se encarga de atender a su hija para permitirle tiempo de descanso a su esposa, se mantiene atento a lo que necesita su hija cuando su esposa no está disponible, por lo cual asume el rol de cooperador en los cuidados de su hija: “[...] la bebé se levanta 6 de la mañana, entre 6 y 7:30 la tengo yo para permitirle a Luna que descanse un poco más. Luna tiene que hacer algo, yo me quedo al tanto de la bebé.”

## **B. Análisis transversal**

En esta sección se intenta responder cómo fue para los padres del presente estudio convertirse en padres a través de un tratamiento de fertilidad y cómo se encuentran viviendo su paternidad desde la relación con su hijo. Anteriormente, los resultados fueron analizados de manera individual, ahora se detallarán los hallazgos de manera transversal, los cuales se organizarán en torno a la vivencia del tratamiento de reproducción asistida y a la relación con sus hijos/as.

### **1. La vivencia de convertirse en padres a través de un Tratamiento de Reproducción Asistida (TRA)**

#### **1.1 Decisión para someterse a un Tratamiento de Reproducción Asistida (TRA).**

Como parte de la vivencia paterna, los participantes del estudio atravesaron desde el inicio por distintas dificultades, siendo una de estas enfrentarse a la noticia de no poder concebir. Así, esta noticia pareciera estar acompañada de malestar emocional porque generó en los participantes

desánimo, desaliento y pena de no poder tener hijos. Además, uno de ellos expresó haber sentido temor de que, al acudir a los profesionales, estos les brindaran noticias desalentadoras: “[El especialista en psicología] nos dijo ‘[...]’, ustedes deben de tener en cuenta que así como puede ser, también no puede ser por más esfuerzos que se hagan’[...] (Roberto)”. En ese sentido, al no ser un proceso natural y al estar sujetos al éxito o fracaso de este, la decisión de someterse a un tratamiento podría haber sido más pensada por los padres debido a que implicó un mayor involucramiento tanto en relación al tiempo como a nivel emocional. Por ello, se podría señalar que, para los participantes del estudio, la decisión de convertirse en padres con ayuda de un tratamiento pareciera haber sido más pensada y planificada por estar sujeta al resultado de dicho tratamiento. A su vez, el tomar esta decisión se tornó en una experiencia difícil para ellos por lo que contar con el apoyo de la familia fue significativo pudiendo sobrellevarlo mejor.

Si bien la mayoría de los padres le dio mayor peso a factores fisiológicos en la dificultad para concebir, también se consideró que los factores emocionales podrían haber impactado y jugar un rol importante al momento de lograr el embarazo. Así, uno de los participantes le brindó mayor peso al estrés laboral de su esposa en esta etapa: “[...] yo asumía que era por estrés, de preocupación del mismo trabajo, se comenzó a hacer chequeos y el tema de ella era ovario poliquístico y terminó yendo con varios médicos (Antonio)”. En ese sentido, se puede pensar que los padres parecen brindar una relevancia importante a los aspectos emocionales durante este periodo.

***1.2 Desgaste emocional y apoyo percibido de familiares durante búsqueda y tratamiento.*** Otro de los hallazgos principales de la presente investigación se encontraría ligado al componente emocional. Así, se halló que los padres del estudio experimentaron un desgaste emocional considerable durante el tratamiento, ya que el procedimiento al que se sometieron fue vivido como un proceso incierto, impredecible y angustiante. De esta manera, los padres sintieron angustia, miedo e incertidumbre en relación al fracaso y posible pérdida del hijo/a y esposa, uno de los padres mencionó: “[...] dijimos ‘ahora sí va a pasar’ y en eso de buscar un

niño, niña o un bebé y que lo intentes y que te digan ‘no’, ‘no’, pues algo pasa y ese algo pasa pues te genera una preocupación, cierta angustia por lo que no sabes qué es [...] (Pedro)”. Junto a esta preocupación que comparten los padres, se halló en uno de los participantes el temor particular de que, a causa de las condiciones del tratamiento (FIV, pero por ovodonación), a su esposa le costara identificarse con sus hijos de la misma forma que él.

Asimismo, durante el proceso de concebir, dos de los padres decidieron trasladarse de ciudad al encontrarse en búsqueda de un tratamiento eficaz. Esto parecía disminuir la incertidumbre y aumentar la seguridad y confianza en hallar más alternativas. Es así como, a pesar de que el traslado de ciudad significó un alejamiento de sus familias y redes de apoyo, los padres pudieron percibir soporte emocional y económico a través de llamadas, del apoyo en la estadía y los cuidados, y del apoyo en la toma de decisiones durante el tratamiento y nacimiento. Este soporte percibido del entorno pareciera haber sido un factor importante para sobrellevar la experiencia, ya que para los papás fue un proceso difícil y agotador; uno de los participantes dijo: “[...] nos decían ‘cómo van’, salíamos del consultorio y nos llamaban o llamábamos [...] estaban pendientes de nosotros los más cercanos [...] Llamaba a mis papás y ella a su papá (Roberto)”.

**1.3 Fluctuación en el deseo de ser padres.** Otro de los aspectos hallados como parte de la experiencia paterna de los participantes durante el tratamiento se relaciona con el deseo de ser padres. Si bien el desgaste emocional vivido por los padres del estudio sería un aspecto central para comprender su experiencia paterna, se halló también en los participantes el deseo fluctuante de convertirse en padres. En la mayoría, este deseo parecía cambiar constantemente durante el tratamiento, ya que, por un lado, experimentaban mucha ilusión y esperanza y, en otros momentos cuando se enfrentaban a intentos fallidos, pérdidas o complicaciones, se angustiaban, la esperanza disminuía y consigo también el deseo de ser papás.

Frente a esto, la resignación también apareció como una forma de aceptar que posiblemente no podrían ser padres, uno de ellos señaló: “[...] no se puede, no se puede pues

¿no?; vamos a intentar hasta donde se pueda y si pasa en buena hora y si no, bueno, la vida continúa (Pedro)”. Así, la desesperanza apareció cuando pensaban que no iban a lograrlo. Sin embargo, al encontrarse con alguna otra alternativa de tratamiento o con la certeza y seguridad por parte de un médico, la ilusión, esperanza y entusiasmo por convertirse en padres regresaban con mayor fuerza. En torno a esto, uno de los padres comentó: “[...] en un inicio no pudimos tener hijos y me dije, ‘caballero pues’ ¿no?; pero después uno conforme va avanzando quería más y quería más y pues uno se va haciendo la idea [...] (Rafael)”.

En relación con lo mencionado, pareciera que la idea de ser padres se convirtió progresivamente en una meta o impulso que necesitaban alcanzar y satisfacer. Además, se halla la presencia de ciertos factores que acompañaron a los participantes a continuar en el proceso de búsqueda y tratamiento. Así, se puede observar que hubo elementos, como la resiliencia, perseverancia y esperanza, que parecen haber acompañado el proceso de convertirse en padres y permitido sobreponerse a situaciones particularmente tensas y difíciles en el transcurso del tratamiento.

En función de lo planteado, el deseo de convertirse en padres en los participantes pareciera fluctuar entre dos lados, de acuerdo con el éxito o fracaso que va teniendo el tratamiento, tal como refirió uno de los padres: “[...] me frustraba. No era la parte económica, pero lo de la esperanza, pues así fue. Al inicio uno como hombre, pues, puede pensar como que ‘ah, si no se puede tener hijos, hay que vivir así no más’ y no se pudo el FIV, ‘Ok, está bien, doctor’. No se pudo y no se pudo, pero cuando intentábamos seguíamos en la misma y el desgaste emocional aumentaba y el compromiso de querer tenerlo era mayor (Rafael).” De esta manera, el deseo pareció aumentar o mantenerse en momentos de posible éxito del tratamiento y disminuir frente a situaciones de fracaso. Así, el hecho de que el tratamiento sea impredecible pudo generar cuestionamientos en torno al deseo de ser papás y aumentar emociones displacenteras (tales como la angustia, tristeza o rabia).

Si bien a lo largo del tratamiento los padres experimentaron desgaste emocional, al

convertirse en padres los participantes experimentaron una alegría y sensación de logro considerable; ya que luego de un proceso difícil y por momentos lleno de desesperanza, el tener un hijo fue vivido como un triunfo. Pese a esto, uno de los padres lo vivió con cautela, debido a las experiencias previas de las pérdidas durante el embarazo que podrían haber influido en no querer ilusionarse.

**1.4 El rol de soporte para sus parejas en el embarazo.** Luego de que lograron la concepción, se halló que los padres del estudio comenzaron a ubicarse en un rol particular en la nueva dinámica familiar. Así, algunos asumieron un rol de soporte y compañía para las parejas con la finalidad de evitar que ellas pasen por estrés y que éste perjudique el desarrollo de sus hijos/as. Uno de ellos señaló: “[...] Yo era quien evitaba que ella se angustie, evitaba decirle algunas cosas y procuraba que todo sea felicidad. [...] Su embarazo lo llevó bien, me ocupaba de que esté tranquila, que no reniegue [...] (Roberto)”. El otro padre refirió que, por motivos de una amenaza de pérdida al inicio del embarazo, estuvo más atento con ella durante el descanso absoluto que le indicaron: “[...] tuvo como rasguitos de sangre por el mismo trajín de su trabajo [...] el doctor le mandó un mes [de descanso] [...] y pues estuvo en reposo absoluto [...], y ese mes yo estuve súper atento, me fijaba que ella esté bien [...] (Antonio)”. A partir de esto, pareciera que el rol de soporte físico y emocional que adoptaron estos padres fue la manera en que encontraron de participar e involucrarse durante el embarazo, encargándose de transformar y apaciguar la angustia de las parejas quienes atravesaban un estado tenso y vulnerable durante su embarazo.

## **2. Ser padres: relación con los hijos/as**

**2.1 Presencia de terceros en el cuidado de los hijos/as.** La llegada de los hijos/as a la vida de los participantes estuvo acompañada de distintos cambios a nivel de identidad y de vínculo. En relación a la construcción del vínculo inicial con sus hijos/as, dos padres parecieran necesitar el apoyo y la presencia de terceros en el cuidado de ellos/ellas. Así, en uno de los casos se observa que, debido a la edad de su hija (1 mes) y a los cuidados requeridos por ser

prematura, recibió y necesitó el apoyo de su familia, sobre todo al inicio. Asimismo, necesitaría la presencia de su esposa para sentirse más seguro de asumir cuidados: “[...] no le doy mucho el biberón, me da miedo que se ahogue. Como está mi esposa, sí me atrevería a darle [...] (Roberto)”. De igual manera, otro padre (hijo 1 año 10 meses), se siente más seguro cuando las mujeres de su entorno asumen los cuidados en ciertas situaciones, por ejemplo, su propia madre. En relación a esto, señaló: “[...] me gusta pues estar con mi hijo, con mi esposa y cuando ella no está salgo con mi hijo y con mi mamá para que me apoye (Antonio)”.

En función de lo planteado, se entendería que hay una tendencia en los padres a percibir a las figuras femeninas de su entorno con mayor capacidad para asumir y satisfacer de manera más práctica algunos cuidados y atenciones de los hijos/as, lo cual podría hacer que ellos les deleguen ciertas actividades ligadas al cuidado. Esto podría mostrar también el lugar donde se ubican los padres, en el que aún les cuesta asumir los cuidados directamente y por cuenta propia.

**2.2 Diferentes formas de participación en los cuidados de los hijo/as.** A partir de lo mencionado, también pudo verse el rol diferente que asumen los padres dentro de la nueva dinámica familiar a partir de la llegada del hijo/a y la participación en su cuidado. Así, el rol que asumió un padre (con una hija de un mes) en el momento inicial de su paternidad pareciera ser más de apoyo, de observador atento a las necesidades de su hija para cooperar y asistir a su esposa quien tenía el lugar central en los cuidados. Mientras que otro de los padres, con una hija de 5 meses, alternaba los cuidados con su esposa y había momentos en los que se mantenía atento a la hija por su cuenta. En esa misma línea, otro de los participantes asumió un rol aún más participativo en el cual intervenía de manera directa con sus dos hijos. Este padre se encontraría en otro momento de su paternidad, ya que contaba con dos hijos que no eran recién nacidos (3 años y 11 meses) lo que podría hacerlo sentir con mayor experiencia en el manejo de emociones displacenteras como, por ejemplo, el miedo o ansiedad que aparece en situaciones de crisis con el segundo hijo.

Así, se halló que cada uno de los padres adopta una forma diferente de participación

en los cuidados (unos espectadores y otros participativos) y que tiene que ver con el momento en el que cada uno se encuentra con relación a su paternidad, siendo los padres con hijos menores quienes participaban asistiendo y haciendo de espectadores; mientras que los padres con hijos de mayor edad participaban de forma más directa y por su cuenta. De esta manera, pareciera que por momentos los padres también se sienten con con mayor comodidad, seguridad y confianza, lo cual podría estar relacionado a factores como la edad (35 a 44 años).

**2.3 Expectativas en torno a la construcción del vínculo con los hijo/as.** En relación con lo anterior, se apreció que los padres del estudio construyeron una expectativa acerca de la relación que quisieran tener con sus hijos en la que desearían ser más participativos por medio de los cuidados. Debido a esto, se halló que los cuatro participantes tienen la intención de ser padres presentes y cercanos, construir una interacción y conexión con los hijos/as para satisfacer sus necesidades materiales y físicas (vestimenta, alimentación, salud, entre otras), así como también las emocionales (seguridad, protección, bienestar y amor). Por ejemplo, uno de ellos desearía estar presente en la vida de su hija para brindarle estabilidad, bienestar, amor, autonomía. Asimismo, algunos padres tienen la expectativa de brindar seguridad y recursos para que sean independientes mientras que otros desearían mantener una conexión para ser un modelo, consejero y confiable.

Además, en el caso de dos padres, esta expectativa de cercanía podría entenderse como un intento de romper con aspectos transgeneracionales, ya que quisieran brindarles a sus hijos lo que sienten que sus padres no les dieron (afecto, cariño y tiempo). Uno de estos padres refirió: “mi papá, mi pata, hasta ahora, [...] no recuerdo que me haya dado tantos besos como los que suelo darles a mis hijos [...], pero yo quiero ser más cariñoso de lo que era mi papá conmigo (Rafael)”.

De igual manera, pareciera haber en los participantes dos aspectos en la forma en que expresan y construyen el vínculo: por un lado, los padres que desean ubicarse en un rol más afectivo y, por otro, los padres a los que les estaría costando demostrar afecto y aún necesitan de

otros al momento de asumir los cuidados. De esta manera, se halló que uno de los padres da mayor peso a los aspectos que nombra como “instintivos” del vínculo, refiriendo que “le nació ser padre”. En cambio, para otro, el dar afecto a los hijos podría ser percibido como algo forzado y necesitaría del contacto físico para generar una conexión inicial y comenzar a sentirse papá (por ejemplo, escuchar los latidos y sentirlo en los brazos); asimismo se halló que solía tener un trato frío y poco demostrativo con el hijo en público, pero en privado solía ser más afectuoso.

**2.4 Cambio en las prioridades y organización.** Por otra parte, respecto a los cambios internos que han atravesado, podría decirse que para los participantes la llegada de sus hijos implicó una reorganización y cambio de perspectivas y prioridades (por ejemplo, los llevó a compartir más tiempo con la familia y menos en su vida social, a preocuparse por el desarrollo futuro de los hijos/as, y a reorganizar los gastos). Esto podría entenderse debido a que, por un lado, los padres parecieran encontrarse en un momento de su paternidad en el que se concentran más en el bienestar de los hijos y familia dejando de lado por el momento su vida social y planes individuales. Al respecto, uno de los padres mencionó: “[...] yo no me veo disfrutando y dejando solas a mi esposa con la bebé. Es bueno salir con los amigos, pero ahora no es prioridad (Roberto)”. En esa línea, pareciera que, a partir de la llegada de los hijos, los padres se ponen en un segundo plano y buscan velar por el bienestar y las necesidades de sus hijos/as, y brindar estabilidad.

Por otro lado, pareciera que detrás de este cambio de prioridades en sus vidas, los papás albergarían la sensación de ya no ser uno solo en la vida, sino de que existe un otro que depende de ellos, como si sintieran que ya no están por su cuenta y que hay alguien más por quien velar. Uno de los padres dijo: “[...] antes no me preocupaba por tener algo de ahorros en la cuenta. [...] Ese era yo. Ahora ya no [...] ya que hay una responsabilidad ahí [...] Siempre debes de tener un plan de resguardo (Pedro)”. Así, convertirse en padres podría haber despertado en ellos una necesidad de responsabilidad y una búsqueda de estabilidad para los hijos/as.

En función de lo planteado, los cambios de prioridades hablan de cómo cada padre, tras la

llegada de los hijos/as, atravesó por cambios internos importantes relacionados a la construcción de su identidad paterna dándole lugar a su nuevo rol y función paterna. Además, el proceso de sentirse padres pareciera ser variado y, en algunos casos, progresivo, ya que algunos padres, conforme sus hijos crecen, comienzan a sentir mayor correspondencia en el vínculo y la conexión, mientras que otros lo comienzan a sentir desde los primeros momentos e interacciones.

**2.5 Percepción de los hijos/as y tendencia a la sobreprotección.** Si bien los participantes disfrutaban de momentos por medio de interacciones con sus hijos/as, se halló que también tenían temores y preocupaciones de que les pase algo a sus hijos/as. Tal y como refieren varios de los padres: “tiene que ser un nido que tenga cámaras para poder ver cómo está [...] ver desde mi celular cuando esté en el trabajo o desde donde esté.” (Antonio); “Veo tanta cosa, tanta maldad, que lo primero que trato es protegerlos, mi esposa me dice ‘mucho los sobreproteges’ y le digo que me da miedo dejarlos” (Rafael).

En ese sentido, pareciera que los padres construyen una percepción vulnerable de sus hijos/as, es decir, los perciben frágiles y necesitados de cuidados debido quizás a que, al ser frutos de un tratamiento asistido, atravesaron por momentos de angustia e incertidumbre para lograr la concepción y enfrentaron constantemente amenazas de pérdida. Sin embargo, no solo perciben a sus hijos/as como vulnerables, sino también como una bendición, adoración y milagro. Así, se observó que los padres construyen una percepción de fragilidad y vulnerabilidad en torno a los hijos, pero también una percepción enaltecida y valiosa, lo que los llevaría a ser más cuidadosos y a estar pendientes de sus hijos.

En este punto se hace evidente cierta tendencia a la sobreprotección relacionada a la percepción que tienen de los hijos y al desgaste emocional durante el tratamiento que los podría llevar a mostrarse más cuidadosos. Sin embargo, como se apreció en un padre, existe también el temor de que, al proteger, termine restringiendo la autonomía a su hija: “[...] tratas de estar más pendiente. Lo hemos conversado con Luna y la idea es que con todo lo que ha pasado no queremos tenerla en una burbuja, que no se caiga, que no se golpee, que no se raspe [...]

(Pedro)”.

**2.6 La experiencia de paternidad de los padres acorde al momento de desarrollo de los hijos.** Se halló que el momento en que se encuentran los hijos en su desarrollo podría cumplir un rol importante en la manera en que los padres se vinculan con ellos. De esta manera, se apreció que en la medida en que sus hijos muestran mayor capacidad para responder y comunicarse, los padres podrían sentir mayor cercanía, interacción y sensación de pertenencia en la relación. Así, uno de los padres señaló lo siguiente en torno a la comunicación y complicidad que vive en el vínculo: “[...] Ahora que tiene 3 años veo que tiene una comunicación fluida y muy buena para su edad. Entonces, ya veo que me explica cosas, me intereso más en él, en las cosas que me dice, me convierto más en su cómplice [...] (Rafael)”.

En esa misma línea, se identificó que los padres disfrutaban pasar tiempo con sus hijos realizando actividades de juego y compartiendo en algunas actividades de cuidado (como la hora del baño) donde pueden comunicarse con sus hijos y sentir que son correspondidos. De esta manera, se apreció que uno de los padres disfrutaba del momento del baño y juego con su hijo (1 año 10 meses), pero por periodos cortos de tiempo, ya que usualmente se encuentra cerca una figura femenina. Otro de los padres (hija, 5 meses) tiene momentos padre e hija por la mañana, mientras la esposa descansa, en los que disfruta estar a solas con su hija y sentirse correspondido con una sonrisa. Mientras que en el caso del padre que tiene dos hijos (de 3 años y de 11 meses respectivamente), espera a que no esté la mamá para poder estar a solas con ellos, planifica actividades, disfruta de momentos de complicidad y de comunicación con sus hijos.

De este modo, pareciera ser que el proceso en el que se encuentran los hijos podría influir en el vínculo que los padres establecen con ellos, es decir, el nivel de reciprocidad y actividad de los niños podría facilitar la interacción y participación de los padres en el vínculo.

En función de lo planteado a lo largo de los resultados, tanto individuales como transversales, el proceso de convertirse en padre a través del tratamiento previo a la concepción

(objetivo 1), conllevó una amplia variedad de emociones, ya que, por un lado, los padres atravesaron por un proceso de desgaste emocional (ansiedad, incertidumbre, desesperanza y frustración) frente a los obstáculos y complicaciones, así como también por momentos de satisfacción, esperanza e ilusión. Del mismo modo, se halló una fluctuación en el deseo de ser padres, el cual estuvo relacionado a los momentos de éxito y de dificultades en el tratamiento. Es importante mencionar que haber recogido lo vivenciado por los padres durante su búsqueda de concebir permitió una mayor comprensión de las vivencias que formaron parte de la relación con sus hijos al momento del nacimiento y luego de este.

En esa línea, respecto a la relación con los hijos/as (objetivo 2), se halló que los padres del estudio, al atravesar dificultades durante el tratamiento, podrían estar más dispuestos a generar un vínculo protector, cercano e involucrado y a experimentar disfrute en la interacción. Además, un aspecto que comparten los padres relacionado con el proceso vivido en el tratamiento sería la percepción que construyen de los hijos, una percepción de sus hijos como vulnerables y a la vez grandiosos y valiosos. En ese sentido, se halló que los padres experimentan preocupación en torno a la seguridad y bienestar de sus hijos, lo cual podría devenir en una tendencia a la sobreprotección. Finalmente, se apreció que la relación que algunos padres del estudio construyen con sus hijos/as se caracterizó por el temor de asumir por su cuenta los cuidados, lo cual los llevó a necesitar el apoyo de terceros. De este modo, lo vivido en el tratamiento parece tener ecos en la manera en que los padres van construyendo inicialmente la relación con sus hijos/as cuando se trata de una paternidad obtenida por un tratamiento de fertilidad; junto con otros aspectos que acompañan la experiencia de paternidad.

## Discusión

En esta sección se discutirán los hallazgos obtenidos, tomando en cuenta los objetivos específicos de la presente investigación y posteriormente, se presentarán los alcances y limitaciones del estudio.

Un hallazgo central de la presente investigación, respecto a la vivencia de los padres durante el tratamiento de reproducción asistida, fue el desgaste emocional que experimentaron en el proceso, dado que a lo largo de este se fueron involucrando emociones tales como angustia, incertidumbre, miedo y preocupación. De este modo, se aprecia que el aspecto emocional y afectivo cumple un rol importante en los tratamientos de reproducción asistida y en la adherencia al mismo. Esto concuerda con diversos estudios como el de Nargund (2015) en el que halló que las parejas que no logran el embarazo experimentan frustración, decepción y trastornos emocionales debido a los esfuerzos prolongados, los costos y el tiempo de tratamiento. Además, Domar (2004) y Van den Broeck et al. (2009) coinciden en que la carga emocional sería la causa principal de abandonar el tratamiento.

De igual modo, se halló que los padres participantes experimentaron angustia e incertidumbre en los momentos en los que no tenía éxito el tratamiento, ya que temían perder definitivamente la posibilidad de concebir más adelante. Sin embargo, también atravesaron por ansiedad en los momentos en los que el tratamiento tuvo éxito, ya que les preocupaba que se presentara cualquier imprevisto que los enfrentara a una repentina pérdida del embrión ya concebido. En esa línea, distintos autores plantean que la ansiedad puede aparecer a lo largo del proceso (diagnóstico, tratamiento y resultado), y aumentar significativamente durante el tratamiento en sí mismo (Benitez-Santiago, 2020; Veiga et al., 2013), predominando sobre todo en los momentos de éxito o fracaso del tratamiento (Ardenti et al., 1999, Boivin et al., 1998 en Greil et al., 2010; Veiga et al., 2013).

A pesar de las complicaciones y malestar emocional durante el tratamiento, se aprecian

también algunos componentes como la resiliencia y perseverancia que acompañaron el proceso y permitieron a los padres sostener el proceso, compuesto de desafíos y cambios a nivel emocional. Así, Varsi (2017) sostiene que los padres con algún factor de infertilidad, luego de experimentar desánimo durante el tratamiento, pueden afianzar su voluntad y afecto tras el logro del embarazo. De esta manera, los padres del presente estudio podrían haber atravesado durante el tratamiento momentos de desánimo, ansiedad y desesperanza, pero también de ilusión y satisfacción al lograr concebir.

En esta misma línea del impacto emocional, como otro de los principales hallazgos de la investigación, se identificó que para los padres la experiencia de atravesar por un tratamiento de reproducción asistida estuvo acompañada de una sensación de pérdida. Es decir, como se planteó anteriormente, cada posible pérdida los enfrentaba a la posibilidad de no poder concebir definitivamente, lo cual podría haber despertado cuestionamientos también en torno a su deseo de ser padres, sobre todo en las etapas iniciales del tratamiento. Así, se halló que la sensación de pérdida que experimentaron los padres en el tratamiento podría estar asociada a la posibilidad constante de pérdida del hijo/a, pero también al sentimiento de pérdida en la posibilidad de ser padres, es decir, los padres, que ya se habrían comenzado a sentir padres desde la concepción a través del tratamiento, se podrían enfrentar también a la pérdida de ese lugar y esa sensación paterna inicial.

De manera general, respecto al duelo perinatal, distintos autores plantean que se da de manera diferente a otros duelos debido a que, además de la pérdida real del bebé, se enfrentan a múltiples pérdidas de índole emocional, identitaria y colectiva (Fuentetaja & Villaverde, 2018). Entre estas pérdidas se encuentra la pérdida del hijo proyectado (Brier, 2008 en Fuentetaja & Villaverde, 2018), la ruptura del proyecto de familia y la imagen idealizada de familia debido a la ausencia real de un hijo al que no se ha podido conocer, se ha conocido sin vida o ha fallecido precozmente (Côte-Arsenault & Denney-Koelsch, 2011 en Fuentetaja & Villaverde, 2018).

Además, en el caso específico de haber utilizado técnicas de reproducción asistida o de

embarazos tardíos, puede experimentarse la sensación de haber perdido la última oportunidad de convertirse en madre o padre, lo que puede generar un duelo adicional vinculado a la infertilidad (López, 2011; Pastor, 2011 en Fuentetaja & Villaverde, 2018). Esta condición de duelo múltiple, muchas veces invisibilizada o poco comprendida por la sociedad, puede provocar un trauma acumulativo y dificultar la recuperación emocional de los padres (Santos et.al, 2015).

Por otro lado, respecto a la vivencia de paternidad a partir de la llegada de los hijos, un hallazgo importante se dio en torno a la manera en que los padres del estudio perciben a sus hijos. Así, se aprecia que los conciben como valiosos y preciados, pero a la vez como frágiles e indefensos, percepción asociada a lo vulnerables que sintieron a sus hijos/as a lo largo de los tratamientos. En ese sentido, un cuidado y valoración especial hacia sus hijos podría estar relacionado a las dificultades atravesadas durante el tratamiento, ya que el haber percibido a sus hijos en una situación de vulnerabilidad desde la concepción podría haber generado en ellos preocupación de que les pase algo y una mayor necesidad de cuidar, proteger y brindar seguridad y bienestar. Este hallazgo coincide con lo propuesto por diversos autores quienes reportaron que el hijo nacido por medio de algún tratamiento de fertilidad suele ser valorado como algo preciado que los padres y el entorno deben priorizar y sobreproteger (Ortiz & Acevedo, 2010); Sarantaki et al. (2015); Balen (1996); Van Balen (1998) y Hjelmstedt et al., 2004).

Asimismo, se halló que para la mayoría de los participantes la paternidad significó una reorganización y un cambio de prioridades. Este cambio incluyó una nueva distribución del tiempo familiar, cambio de rutinas diarias, reorganización de gastos económicos, priorización de las necesidades de sus hijos en lugar de las necesidades individuales, y un interés por brindar herramientas que favorezcan su desarrollo. De esta manera, tal y como refiere Pérez (2023), pareciera que el ejercicio de ser padre implicaría adquirir una nueva mirada asociada a cambios a nivel personal como social. En esa línea, se identificó que los padres percibieron que atravesar por un tratamiento de fertilidad y convertirse en padres a mayor edad (entre 35 a 44 años) les brindó un tiempo prudente para sentirse más preparados y con mayor experiencia y disposición

para ejercer y disfrutar su paternidad. Esto podría relacionarse con lo señalado por Mac Dougall et al. (2012) sobre cómo la infertilidad inesperada implica aspectos estresantes, pero también mayor preparación emocional.

Estos hallazgos invitan a pensar en la manera en que los padres del estudio han construido su identidad paterna, y en cómo comenzaron a sentirse padres. Así, por un lado, se observó que comenzar a asumir un rol paterno les permitió a los padres participantes entablar vínculo e interacción con sus hijos y generar mayor participación y cercanía con ellos. Pero, a la vez, se podría plantear que entablar mayor interacción con los hijos permitió a los participantes también comenzar a sentirse padres y construir su identidad paterna, tal y como sostienen Sonego y Lopes (2016) acerca de que la convivencia con el hijo es fundamental para que el padre pueda reconocer y asumir internamente su paternidad.

Ligado a esto, como parte de los hallazgos del estudio, se encontró que el momento en el que se encuentran los hijos, no solo a nivel de desarrollo, sino también a nivel de reciprocidad y actividad en la interacción, podría facilitar la conexión en el vínculo con el padre. Así, el hecho de que los padres perciban a sus hijos con mayor responsividad y actividad podría permitir que desplieguen mayor interacción, disposición y disfrute. Este hallazgo pareciera relacionarse con lo planteado por Janto (2015) cuando refiere que los padres se comienzan a sentir padres en el momento en que se sienten reconocidos por sus hijos como tal. Así, la autora plantea que en estos momentos en los que los niños se muestran más activos y reconocen al padre, los padres aumentan su participación y tiempo con ellos.

Si bien los participantes parecieran sentirse en ocasiones con mayor disposición para asumir los cuidados de sus hijo/as, se halló que, al momento de ejercer su paternidad, la mayoría de los participantes necesitó de un tercero en los cuidados. En función a esto, pareciera que los padres, como una manera de lidiar con el temor y preocupación de que algo les pase a los hijos estando a su cuidado, necesitaron la presencia de un otro, específicamente mujeres de su entorno, que les permita sentirse más seguros al momento de atender a sus hijos. Respecto a

esto, diversos estudios resaltan que las mujeres o parejas son percibidas como aquellas que cuentan con los conocimientos y habilidades de cuidado, quienes enseñan durante el ejercicio de la paternidad y median la relación o participación del padre con los hijos/as (Hernández et al., 2019; Herrera et. al, 2018; Velázquez et al., 2014). Así, se podría comprender que los padres del estudio recurrirían a las mujeres de su entorno cercano porque las podrían percibir como fuentes de conocimiento de todo lo relacionado al cuidado y la crianza. Esta diferenciación en la distribución de roles podría corresponder a un esquema de paternidad tradicional, ya que, como refieren diversos autores, habría una conexión históricamente establecida de la paternidad con el rol proveedor, la autoridad masculina y el escaso involucramiento en el trabajo doméstico y de cuidado (Badinter, 2000; Fuller, 2000, 2001; Lupton & Barclay, 1997; Salguero, 2006 en Janto, 2015).

A la luz de estos planteamientos, se podría hallar indicios de una transición hacia una paternidad más involucrada –ya que, como refieren algunos autores, los hombres se encuentran cada vez más interesados e implicados en participar en la vida de sus hijo/as (Herrera & Pavicevic, 2016; Shirani, 2015 en Herrera et al., 2018)– sin embargo, se halla en los padres participantes cierta dificultad para lograr esto, como se mencionaba en el anterior punto. Por lo tanto, en el presente estudio se identifica que los padres podrían albergar cierto deseo e intención de mayor participación e involucramiento en su experiencia de paternidad y en las tareas de cuidado; sin embargo, en la práctica o en el ejercicio de su paternidad les podría aún costar asumir los cuidados por su cuenta, que los llevaría a buscar apoyo en otros, especialmente en familiares femeninos (esposa y propia madre).

Finalmente, se identifican algunas limitaciones del presente estudio y algunos aportes y sugerencias para estudios posteriores en el tema. Una de las principales limitaciones estuvo dada por el difícil acceso a la población de padres por tratamiento de fertilidad, ya que fue difícil contactar y acceder a dicha población en los centros de fertilidad y hospitales. A partir de esto, se sugiere que para las investigaciones en esta población de padres de difícil acceso se tome en

cuenta también a los médicos tratantes del caso, como mediadores en la comunicación, contacto y acceso a los participantes, para propiciar así la llegada, la confianza y apertura necesaria.

Otra limitación del estudio fue el tamaño de la muestra, que dificulta la generalización de los resultados. Sin embargo, esto responde a una característica inherente a los estudios cualitativos y especialmente al diseño planteado en el estudio, ya que contar con un diseño de caso múltiple permitió conocer a profundidad un tema que puede ser complejo de ahondar, como es el caso de la infertilidad masculina. En ese sentido, como principal aporte del presente estudio, se encuentra precisamente que, al ser un diseño de caso múltiple, permitió analizar varios casos individuales, explorar, describir, explicar, evaluar o transformar una determinada realidad (González, 2013). Si bien, los hallazgos reflejan experiencias particulares que pueden no ser representativas de otros contextos socioculturales (Mollo, 2023), el propósito principal del diseño planteado fue comprender la complejidad de los casos en su contexto, sus percepciones generar interpretaciones transferibles a situaciones similares, más que producir conclusiones generalizables (Stake, 2006; Mollo, 2023). Entonces, el diseño elegido permitió aproximarse a la perspectiva y experiencia particular de los hombres padres, y dar así visibilidad a la experiencia de la población masculina con diagnóstico de infertilidad.

Asimismo, a partir de los hallazgos obtenidos, se plantea como necesario promover mayores investigaciones sobre infertilidad y paternidad asistida en el contexto peruano, con la finalidad de que el tema se visibilice, sea reconocido y aceptado por la población que atraviesa estas dificultades en nuestro contexto. Esto podría aportar a desarrollar proyectos e iniciativas que puedan generar espacios para los padres y sensibilizar a la población, tanto de manera individual como comunitaria.

En esa misma línea, debido las dificultades y reparos para hablar de la infertilidad masculina, es necesario promover espacios donde se pueda concientizar respecto a los estigmas culturales asociados a la masculinidad y fertilidad, y en el que los hombres puedan expresar sus emociones, dudas y temores sin sentirse cuestionados o invalidados. Además, tomando en cuenta

el impacto emocional que tiene la infertilidad masculina, es indispensable incorporar programas de acompañamiento psicológico que brinden contención, apoyo emocional, herramientas para el manejo emocional, así como también aborden el deseo reproductivo y la planificación familiar desde una perspectiva emocional.

En cuanto a las futuras investigaciones en el tema, se sugiere realizar estudios comparativos entre padres que atravesaron por un tratamiento de fertilidad y padres que concibieron de manera natural con el objetivo de explorar aspectos asociados a su experiencia de paternidad a nivel identitario y vincular. Además, tomando en cuenta que la experiencia de los hombres padres puede estar influida por el contexto cultural y social en el que se desenvuelven, podría realizarse estudios comparativos sobre la experiencia emocional de hombres y mujeres durante el tratamiento, así como los roles asumidos luego del nacimiento, la participación en la crianza, la construcción del vínculo con los hijos/as, entre otros.

Por último, a futuro se recomendaría realizar estudios longitudinales con padres que hayan pasado por algún tratamiento de fertilidad con el objetivo de recoger de manera profunda y transversal la experiencia paterna. Así, poder acceder a través del tiempo a la experiencia emocional de los padres y las implicancias en el vínculo con sus hijos, por ejemplo, la manera en que se vinculan dependiendo del momento de paternidad en el que se encuentran o el momento del desarrollo en que se encuentren los hijos.

## Conclusiones

A lo largo de la investigación, se halló que la experiencia afectiva de los padres que atraviesan por un tratamiento de fertilidad puede ser variada y albergar emociones placenteras y displacenteras. De esta manera, se identificó que los participantes atravesaron por un desgaste emocional significativo durante el tratamiento para convertirse en padres. Es así que el tratamiento fue percibido como incierto y angustiante, y estuvo acompañado de experiencias emocionalmente movilizantes como el temor al fracaso del tratamiento y a la posibilidad de pérdida durante el embarazo.

Además, en torno a la construcción del vínculo con sus hijos, se halla que la llegada de los hijos implicó una reorganización de prioridades, nuevas responsabilidades y una nueva distribución del tiempo familiar, lo cual formaría parte del proceso de asumir su paternidad como parte de su identidad. De igual manera, relacionada a esta experiencia de concebir tras atravesar dificultades, los padres construyeron una percepción frágil y vulnerable de los hijos que podría devenir en una tendencia a sobreprotegerlos.

La participación de los padres varió según el momento de la paternidad en el que se encuentran y el momento del desarrollo de los hijos, evidenciando distintas formas de involucramiento. Así, se halló una participación más autónoma y activa en los momentos de compartir actividades como el juego o paseos al aire libre. En cambio, la mayoría de los participantes tuvieron inicialmente un rol de espectadores y expresaron inseguridad o distancia frente a los cuidados directos como alimentar o hacerlos dormir. En estos casos, la mayoría de los padres necesitaron el apoyo de terceros como sus parejas o sus madres.

En función de esto, se halló que los padres podrían buscar el apoyo de terceros debido a que se sentirían en dificultad de ubicarse en un rol de brindar cuidados; sin embargo, podrían asumir por su cuenta actividades con niños más grandes con quienes pueden realizar otro tipo de

labores (como compartir tiempo y juego). Finalmente, si bien se aprecia en los padres participantes un deseo e intento de mayor disposición e implicación afectiva con sus hijos, en la presente investigación se halla que podría aún costarles llevar estos aspectos a la práctica necesitando aún de terceros que permitan mediar su participación.

Respecto a los aportes y limitaciones, este estudio permitió abordar con mayor profundidad las experiencias emocionales y relacionales de los padres luego de pasar por un tratamiento de fertilidad. La principal limitación la constituyó el difícil acceso a la población en los centros de fertilidad y hospitales. Asimismo, si bien el tamaño y tipo de muestra es una limitación del estudio que dificulta la generalización de los resultados, el diseño de caso múltiple permitió acceder a la experiencia particular de los participantes de manera profunda en un tema difícil de ser abordado.

De esa manera, la presente investigación permitió comprender que convertirse en padre por medio de un tratamiento de fertilidad es una experiencia emocionalmente intensa y compleja, caracterizada por sentimientos de incertidumbre, angustia y esperanza. Este proceso impacta significativamente en cómo los padres construyen su rol paterno y se vinculan con sus hijos. Así, respecto a la manera en que construyen la relación con sus hijos, se aprecia cierto disfrute, placer y deseo de mayor participación e involucramiento, pero a la vez dificultades para ubicarse en ese rol en el que deben asumir y ejercer por su cuenta ciertos cuidados.

## Referencias

- Acosta Hernández, D. y Morrobel Arias, S. (2020). *Depresión en pacientes con infertilidad femenina tipo 1 versus tipo 2 en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Febrero-octubre, 2020* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña). Recuperado de <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/3586>
- Albarracín Zúñiga, G. M. (2019). *Influencia de la Ansiedad en los Resultados de Pacientes con Tratamiento de Alta Complejidad en el Centro Especializado de Fertilidad y Ginecología–Arequipa, Junio 2017 a Marzo del 2018.* (Tesis de Maestría). Recuperado de <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8e14db50-e732-49c3-851c-68dcdd102993/content>
- Álvarez Moral, D., Guerra Maldonado, C., Tapia Sepúlveda, K. y Varas González, G. (2020). *Compatibilizando estudios y familia: Ser estudiante y a la vez madre o padre.* *Revista de Sociología*, 35(2), 61-77. doi: 10.5354/0719-529X.2020.58647
- Anabalón, Y. A. (2016). *Identidad masculina y paternidad responsable: significados que hombres de la provincia de Ñuble atribuyen a la paternidad desde su masculinidad /Male identity and responsible parenthood: meaning that men Ñuble province attributed to parenthood from your masculinity.* *TS Cuadernos de Trabajo Social*, (15), 1-21. Recuperado de <https://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/93/91>
- Andrade Vásquez, J. V. (2018). *Factores que intervienen en el aborto inducido en mujeres de 13 a 35 años de edad que acuden al Hospital General “Delfina Torres De Concha”, 2017* (Bachelor's thesis). Recuperado de

[https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8487/1/06%20ENF%20976%20TRA  
BAJO%20DE%20GRADO.pdf](https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8487/1/06%20ENF%20976%20TRA%20BAJO%20DE%20GRADO.pdf)

Arnal, B. C. (2006). Estudio de las alteraciones emocionales y del bienestar psicológico de la pareja en diferentes etapas de la transición a la maternidad y la paternidad. Tesis de doctorado. Universidad Nacional de Educación a distancia (UNED)

Arroyo Rojas, L. y Castañeda Rentería, L. I. (2021). Padeciendo los cuerpos: significados de las paternidades, maternidades y la familia en mujeres y hombres infértiles. *La ventana. Revista de estudios de género*, 6(53), 39-73. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v6n53/1405-9436-laven-6-53-39.pdf>

Baculima Arpi, P. X. (2016). “Prevalencia del desajuste emocional en personas con infertilidad de Cuenca” Febrero–Julio 2016 (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay). Recuperado de <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6331/1/12505.pdf>

Balen, F. (1996). *Child-Rearing Following In Vitro Fertilization. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 687–693. doi:10.1111/j.1469-7610.1996.tb01460.x

Benatti, A. P. y Pereira, C. R. R. (2020). Significados de la paternidad en contextos de vulnerabilidad social. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(2), 105-120. Doi: 10.36482/1809-5267.arbp2020v72i1p.105-120.

Benítez-Santiago, B. (2020). *La infertilidad en un grupo de hombres puertorriqueños: el anhelo de ser padre. Hacia un modelo de consejería profesional* (Doctoral dissertation, University of Puerto Rico, Rio Piedras (Puerto Rico)). Recuperado de <https://www.proquest.com/openview/c5be0f67eba912c4c91557e948197098/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Bermúdez, B. y Trías, L. (2015). Estereotipos contemporáneos de la masculinidad en

estudiantes de la Universidad Central de Venezuela. *Revista Psicología*, 34(2), 97-135.

Braun, V. y Clarke, V. (2012). *Thematic analysis*. American Psychological Association.

Cabrera Cabrera, A., Rios Uriarte, M. E. D. L. y Hernández Valdez, P. (2020). Análisis de las sensaciones y sentimientos de las parejas con problemas de fertilidad y la influencia de la ayuda e información recibida según un estudio de campo realizado en México en el año 2011. Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/14896>

Cano, M. V. (2017). Morfogénesis social de la paternidad: configuración de la paternidad en contextos migratorios. Tesis de doctorado. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/24504/TD00317.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Connell, R.W. (1997), “La organización social de la masculinidad” (trad. Oriana Jiménez), en Valdés, T. y Olavarría, J. *Masculinidad/es: poder y crisis*, ISIS-FLACSO, Santiago de Chile, pp. 31-48. Recuperado de [https://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material\\_masculinidades\\_0500.pdf](https://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0500.pdf)

Cortés-Rodas, L., Ruiz-Turizo, M. J. y Flórez-Marín, G. (2021). Mujer y trabajo: transformaciones familiares tras su incorporación al escenario laboral. *Latinoamericana de Estudios de Familia*, 13(2), 78-100. Recuperado de <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/revlatinofamilia/article/view/5247/4735>

De Keijzer, B. (2000). *Paternidades y transición de género*. En T. Fuller y R. Montecinos (Eds.), *Varones: género y cambio en América Latina* (pp. 115-142). FLACSO-Chile.

Del Barrio, V. (2000). Problemas psicológicos en familias de reproducción asistida (FRA). *Revista de Psicología de la Salud*, 12(1), 51-73. Recuperado de

<https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/783/1128>

Del Castillo Aparicio, M. F. D. (2015). Ajuste emocional, afectos, alexitimia y recursos adaptativos en infertilidad: Un estudio comparativo con personas fértiles. Recuperado de <https://e-spacio.uned.es/entities/publication/56b4b51c-1688-44cc-a3fc-524801d8f964>

De la Torre Ugarte Enriquez, M. A. (2024). La incorporación de la filiación civil en el ordenamiento peruano para la inscripción en el registro de menores nacidos por TERAS (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/1261>

Díaz de la Cruz, J. W. (2021). Análisis bioético personalista de las consecuencias del destino de los embriones crioconservados producidos por la TERA-FIV. (Tesis de maestría) Recuperado de [https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/4280/1/TM\\_DiazDeLaCruzJhony.pdf](https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/4280/1/TM_DiazDeLaCruzJhony.pdf)

Domar, A. D. (2004). *Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. Fertility and Sterility, 81(2), 271–273.* doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.08.013

Efron, V. (2020). *Resiliencia e infertilidad: salir fortalecido de la dificultad reproductiva: una mirada desde la psicología positiva* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología). Recuperado de <https://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/9380/Efron.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fisher, J. R. y Hammarberg, K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian journal of andrology, 14(1), 121.*

Folgueiras Bertomeu, P. (2016). La entrevista. Recuperado de

<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20pf.pdf>

Fontes de Gracia, S., García-Gallego, C., Quintanilla Cobián, L., Rodríguez Fernández, R., Rubio de Lemus, P. y Sarriá Sánchez, E. (2010). *Fundamentos de investigación en psicología: Diseños y estrategias*. Madrid, España: UNED.

Fuentetaja, A. M. L., y Villaverde, O. I. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres Feeling and thinking the perinatal mourning: emotional accompaniment by a parent group. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(e25), 1-24. Recuperado de <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2018v9n3a14.pdf>

Fuller, N. (1996). Los estudios sobre masculinidad en Perú”. *Patricia Ruiz-Bravo (editora) Detrás de la puerta. Hombres y mujeres en el Perú de hoy, PUCP, Lima, 39-57.*

Fuller, N. (1997). “Identidades Masculinas. Varones de la Clase Media en el Perú”. Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo editorial, Lima.

Fuller, N. (2000). *Paternidades en América Latina*. Lima: PUCP Fondo Editorial.

Fuller, N. (2000b). Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. Norma Fuller (Coordinadora). *Paternidades en América Latina*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial. Lima. Págs. 35 – 89.

Fuller, N. (2001). *Masculinidades, cambios y permanencias: varones de Cuzco, Iquitos y Lima*. Fondo Editorial de la Pontificia Univ. Católica del Perú.

Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. y Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human reproduction*, 26(9), 2408-2414.

Generoso-Marroquino, M. (2016). *Causas, factores predisponentes y consecuencias de la*

- infertilidad sobre la pareja*. Tesis para optar el grado de enfermería. Universidad de Jaén-Facultad de Ciencias de la Salud. Recuperado de [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3708/1/MARTA\\_GENEROSO\\_MARROQUINO.\\_TFG.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3708/1/MARTA_GENEROSO_MARROQUINO._TFG.pdf)
- González, W. O. L. (2013). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. *Educere*, 17(56), 139-144. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/356/35630150004.pdf>
- González, L. R. y González, J. R. (2022). Comunidades virtuales de apoyo en Facebook sobre procedimientos de Fecundación in Vitro. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 55, 168-182. Recuperado de <https://www.seeci.net/revista/index.php/seeci/article/view/794/1803>
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K. y McQuillan, J. (2010). *The experience of infertility: a review of recent literature*. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140–162. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 4). México.
- Herrera, F., Aguayo, F. y Weil, J. G. (2018). Proveer, cuidar y criar: evidencias, discursos y experiencias sobre paternidad en América Latina. *Polis. Revista Latinoamericana*, (50).
- Hernández Quirama, A., Linares García, J. y Rojas Betancur, H. M. (2019). Cambios y permanencias en la organización familiar del cuidado. *Hallazgos*, 16(31), 187-211. Recuperado de <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/4993/pdf>
- Hernández, M. M., Flores, D. Á., Chavez-Badiola, A. y Mendizabal-Ruiz, G. (2021). Diseño e implementación de un simulador de inyección intracitoplasmática (ICSI). In *Memorias*

del Congreso Nacional de Ingeniería Biomédica (Vol. 8, No. 1, pp. 159-163). Recuperado de <http://memoriascnib.mx/index.php/memorias/article/view/914/513>

Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H. y Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81(5), 1254-1264. doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.09.061

Izquierdo, L. y Zicavo, N. (2015). Nuevos padres: construcción del rol paternal en hombres que participan activamente en la crianza de los hijos. *Revista de Investigación en Psicología*, 18(2), 33-55. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/12082/10799>

Janto, C. (2015). La paternidad: Una creación compartida. Descubrimiento y construcción de la paternidad en ocho padres primerizos de Lima (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Lafuente-Funes, S. (2019). La reproducción asistida en el contexto español: la ovodonación como motor de un modelo de negocio heteronormativo. *Política y Sociedad*, 56(3), 645.

Lima, N. S. y Ormart, E. B. (2018). Del nombre del padre a las parentalidades. *En Cuerpos y familias transformadas por las técnicas de reproducción asistida. caba (Argentina): letra viva*. Recuperado de <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormart/153.pdf>

Mac Dougall, K., Beyene, Y. y Nachtigall, R. D. (2012). "Inconvenient biology:" advantages and disadvantages of first-time parenting after age 40 using in vitro fertilization. *Human Reproduction*, 27(4), 1058–1065. doi:10.1093/humrep/des007

Marcos, C. (2010). Representaciones mentales de la paternidad en padres varones adolescentes (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Mardones-Leiva, K. (2022). Representaciones de la paternidad para universitarias/os sin hijas/os

- de Valdivia, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 20(3), 1-20. <https://dx.doi.org/10.11600/rllcsnj.20.3.5044>
- Marinelli, F. (2013). Representaciones de apego y sensibilidad paterna en padres de hijos en edad preescolar (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Marynes, B. C., Lydia Aymee, B. J. y Jainer, C. G. (2024). Alternativas acupunturales para el tratamiento de la oligospermia. In *Jorcienciapdcl 2024*. Recuperado de <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorgecienciapdcl2024/2024/paper/viewFile/698/042>
- Mendoza, D., Hitchfeld, C., Luco, M. I., Vargas, F. y Carvajal, R. (2022). Estudio de la pareja infértil. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 33(3), 243-265.
- Mollo, S. E. C. (2023). Diseños de investigación cualitativa y cuantitativa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 1865-1879. Recuperado de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7016/10657>
- Mustafa, M., Sharifa, A. M., Hadi, J., IIIzam, E. y Aliya, S. (2019). Male and female infertility: causes, and management. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 18(9), 27-32. Doi: 10.9790/0853-1809132732
- Nargund, V. H. (2015). *Effects of psychological stress on male fertility*. *Nature Reviews Urology*, 12(7), 373–382. doi:10.1038/nrurol.2015.112
- Nóblega, M., Vera, A., Gutiérrez, G. y Otiniano, F. (2018). Criterios Homologados de Investigación en Psicología (CHIP) Investigaciones Cualitativas.
- Nóblega, M., Vera, A., Gutiérrez, G. y Otiniano, F. (2020). Criterios Homologados de Investigación en Psicología (CHIP) Investigaciones Cualitativas.

- Obando, A. (2017). Investigación exploratoria con métodos cualitativos. Recuperado de <https://repositorio.usam.ac.cr/xmlui/bitstream/handle/506/827/LEC%20MER%200007%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). Infertilidad. Recuperado de [https://www.who.int/es/healthtopics/infertility#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/healthtopics/infertility#tab=tab_1)
- Ortiz Movilla, R. y Acevedo Martín, B. (2010). Reproducción asistida y salud infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 12(48), 651-671. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12n48/pap48\\_11.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12n48/pap48_11.pdf)
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.
- Peña, F., Gazzo, E., Chung, A. y Escudero, E. (2019). Primer embarazo en América Latina utilizando la técnica Piezo-ICSI: reporte de caso. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(2), 179-182. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v65n2/a08v65n2.pdf>
- Perera, A. M. (2018). La paternidad, visión desde una perspectiva biopsicosocial. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 12(1), 1-12. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubgencom/cgc-2018/cgc181h.pdf>
- Pérez Reyes, R. J (2019). Representaciones sociales de la masculinidad en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. Recuperado de [https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/16439/PEREZ\\_REYES\\_RODRIGO\\_JESUS%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/16439/PEREZ_REYES_RODRIGO_JESUS%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pérez Baleón, F. (2023). Para mí es todo lo que tengo: embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia. Recuperado de <https://librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/3685/9786073082440.pdf?sequen>

ce=1

Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H. y Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine [ASRM]. (2020). Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion. *Fertility and sterility*, 103(3)

Pumar Marín, I. (2021) Efectividad de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en las consecuencias psicológicas derivadas de un diagnóstico de infertilidad: Una revisión sistemática. Recuperado de [http://dspace.umh.es/bitstream/11000/26156/1/PUMAR\\_MARIN\\_Irene\\_TFM.pdf](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/26156/1/PUMAR_MARIN_Irene_TFM.pdf)

Ramírez, C. (2014). Compromiso paterno en padres varones de niños con cáncer de entre tres a cinco años de edad (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Ramos, M. (2016). Ser papá en el Perú. Estado del arte de los estudios sobre las paternidades en el Perú. Lima: Plataforma de Paternidades Perú

Ríos, J. (2014). Experiencias de relaciones de pareja de un grupo de mujeres con infertilidad primaria. Tesis para optar por el título de Licenciada con mención en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

Rivera, M. (2017). Factores y tratamiento nutricional para fertilidad humana masculina. Tesis para optar el grado de licenciatura en Nutrición y Dietética. Universidad de Valladolid.

Robles, A. M., Vásquez, M. L. G. y Orozco, J. C. (2022). Varicocele e infertilidad masculina. *Revista médica sinergia*, 7(05). Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2022/rms225f.pdf>

Rodríguez, R., Gil, J. y García, E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Ed. Aljibe

Rodríguez Pendás, B. V. (2017). Fragmentación del ADN espermático e infertilidad masculina. *Revista Cubana de Endocrinología*, 28(3), 1-17. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/pdf/end/v28n3/a09\\_317.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/end/v28n3/a09_317.pdf)

Samani, R. O., Vesali, S., Navid, B., Vakiliniya, B. y Mohammadi, M. (2017). Evaluation on hope and psychological symptoms in infertile couples undergoing assisted reproduction treatment. *International journal of fertility & sterility*, 11(2), 123. doi 10.22074/ijfs.2017.4838

Santos, P., Yáñez, A. y Al-Adib, M. (2015). Atención profesional a la pérdida y del duelo durante la maternidad. Consejería de Salud y Política Sociosanitaria. Servicio Extremeño de Salud. Gobierno de Extremadura. 24 Sentir y pensar el duelo perinatal *Revista Clínica Contemporánea* (2018), 9, e25, 1-24 <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>

Sarantaki, A., Anagnostopoulos, D., Loutradis, D. y Vaslamatzis, G. (2015). Families created by in vitro fertilization (IVF) in Greece: Parenting stress and parental bonding at adolescence. *International Archives of Medicine*, 8. doi: 10.3823/1826

Saura, R. P., Esquerdo, O. H., Rabert, E. R. y Corbella, S. (2023). Impacto psicológico de la infertilidad en pacientes que realizan un tratamiento de reproducción asistida. *Calidad de Vida y Salud*, 16(2), 2-25. Recuperado de <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/395/295>

Siegel, R. (2019). “¿De dónde vine?” El impacto de la tecnología de reproducción asistida en las familias y los psicoterapeutas. *Aperturas Psicoanalíticas*, 60. Recuperado de <https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2019%7Dn060a14.pdf>

Sonego, J. C. y Lopes, R. D. C. S. (2016). El " contingente negro" de la paternidad en el contexto de la reproducción asistida. *Estudios e Pesquisas em Psicologia*, 16(3), 892-910.

Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16n3/n16a13.pdf>

Spencer, L. y Ritchie, J. (2012). In pursuit of quality. *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy*, 227-242.

Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. Sage Publications.

Suplihuiche Dominguez, M. (2021). Cambios psicológicos en mujeres en terapia de fertilidad del centro de fertilidad y reproducción asistida-CEFRA, julio–2020 (Tesis de Licenciatura).

Recuperado de

[https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4287/T061\\_46181219\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4287/T061_46181219_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Teixeira & Nascimento (2014). Aspectos psicossociais da construção da identidade paterna En: *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16 (1), p. 57-68. São Paulo.

Van Balen, F. (1998). *Development of IVF Children. Developmental Review*, 18(1), 30–46.

doi:10.1006/drev.1997.0446

Van den Broeck, U., Holvoet, L., Enzlin, P., Bakelants, E., Demyttenaere, K., & D’Hooghe, T.

(2009). *Reasons for Dropout in Infertility Treatment. Gynecologic and Obstetric Investigation*, 68(1), 58–64. doi:10.1159/000214839

Varsi, E. (2017). Determinación de la filiación en la procreación asistida. *Revista IUS*, 11(39), 0-

0. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rius/v11n39/1870-2147-rius-11-39-00006.pdf>

Veiga, M. C., Puccio, M. C., & Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés,

ansiedad e infertilidad? *Reproducción*, 28(3), 79-89. Recuperado de

[http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2013/vol\\_3/revision.pdf](http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2013/vol_3/revision.pdf)

Velázquez, A. S., Basulto, D. I. C., & Sapién, S. (2014). Dificultades, malestares y quejas de algunos hombres sobre su paternidad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 17(2),

455. Recuperado de:

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num2/Vol17No2Art2.pdf>

Villanueva-Ccoyllo, S. B. y Roldan-Arbieto, L. (2020). Factores de riesgo para infertilidad en

mujeres en un Hospital Peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2),

186-192. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n2/2308-0531-rfmh-](http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n2/2308-0531-rfmh-20-02-186.pdf)

[20-02-186.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n2/2308-0531-rfmh-20-02-186.pdf)



## Apéndices

### Apéndice 1: Temas para las entrevistas

1. Vivencia previa a la concepción: Todo lo que vivieron antes de lograr la concepción (sentimientos, emociones, experiencias, situaciones difíciles, entre otros).
  - a. ¿Cómo fue que comenzó el proceso de búsqueda?
  - b. ¿Cuánto tiempo fue la búsqueda?
  - c. ¿Cómo se sintió en el proceso del tratamiento?
  - d. ¿Qué significa su hijo/a para usted?
  - e. ¿Quién (es) los apoyaron en el proceso?
2. Primeros años de ser padre: La paternidad desde la existencia del hijo y la relación que se irá forjando con él durante los primeros años de vida.
  - a. ¿Tenías ideas previas de la paternidad?
  - b. ¿Cómo fue el primer momento con su hijo/a?
  - c. ¿Qué es lo que más disfruta de su hijo/a?
  - d. ¿Qué es lo que espera en un futuro para su hijo/a?
  - e. ¿Cómo se ve en un futuro como padre?

## Apéndice 2: Consentimiento informado para participantes

Estimado/a participante,

Le pedimos su apoyo en la realización de una investigación conducida por Deborah Schulz Rodriguez, estudiante de la especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú y asesorada por la docente Carmen Carolina Janto Mogrovejo. La investigación, denominada “*La vivencia de la Paternidad en hombres padres post reproducción asistida*” y tiene como propósito explorar la vivencia de la paternidad en hombres que residen en Lima luego de haber pasado por un tratamiento de reproducción asistida y cómo experimentan la relación con su hijo/a en sus primeros años de vida.

- La entrevista durará aproximadamente 45 minutos y todo lo que usted diga será tratado de manera anónima y confidencial, es decir, su identidad no será revelada.
- La información dicha por usted será grabada y utilizada únicamente para esta investigación. La grabación será guardada por el investigador en su computadora personal por un periodo de un año luego de publicada la tesis.
- Su participación es totalmente voluntaria. Usted puede detener su participación en cualquier momento sin que eso le afecte, así como dejar de responder alguna pregunta que le incomode.
- Si tiene alguna pregunta sobre la investigación, puede hacerla en el momento que mejor le parezca.
- Al concluir la investigación, usted tendrá acceso a los resultados generales del estudio a través de un correo electrónico por medio de un informe.
- Si tiene alguna consulta sobre la investigación, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: a20130259@pucp.pe o al número 998005833. Además, si tiene alguna duda sobre aspectos éticos, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación de la universidad, al correo electrónico [etica.investigacion@pucp.edu.pe](mailto:etica.investigacion@pucp.edu.pe) o al número 626 2000, anexo 2246.

Complete los siguientes enunciados en caso desee participar:

Nombre completo:	
Firma del participante:	
Firma del investigador:	
Fecha:	

**Apéndice 3: Ficha de datos sociodemográficos**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Distrito de residencia: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Profesión/Ocupación: \_\_\_\_\_

Tiempo de su relación de pareja: \_\_\_\_\_

Lugar donde se realizó el tratamiento: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento: \_\_\_\_\_

Tiempo de búsqueda de tener un hijo previo a la concepción: \_\_\_\_\_

Cantidad de intentos de embarazo: \_\_\_\_\_

Nombre y edad del hijo (a): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_