



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
DERECHO

**DIVERGENCIA ENTRE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, LEY Y SALUD MENTAL:
EN TORNO A LA SITUACIÓN DE LAS PAREJAS INFÉRTILES EN EL PERÚ
ASSISTED REPRODUCTION DIVERGENCE BETWEEN LAW AND MENTAL
HEALTH: ABOUT THE SITUATION OF INFERTILE COUPLES IN PERU**

Ysis Roa-Meggo

yroam@usmp.pe

Psicóloga. Especialista en Psicología de la Infertilidad. Directora del Instituto de Investigación y docente de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad de San Martín de Porres. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Reproducción Humana (ALIRH), la Asociación Latinoamericana de Medicina Reproductiva y la Sociedad Peruana de Fertilidad.

Recibido: 31 de octubre de 2014

Aceptado: 17 de noviembre de 2014

SUMARIO

Introducción

Trastornos mentales asociados a la infertilidad

Trastornos mentales asociados al uso de los tratamientos de reproducción asistida

El rol de la sociedad

Conclusiones

RESUMEN

Existe una divergencia entre la ley, el uso de las tecnologías de reproducción asistida y la salud mental en el Perú. Estos tres aspectos deberían concordar en su objetivo y su preocupación por el bienestar del individuo. Sin embargo, se demuestra una poca sensibilidad ante la problemática y la realidad de las parejas infértiles en el Perú. En el presente artículo se analizan algunos aspectos, que relacionados a la salud mental, conllevan la infertilidad. Asimismo, se precisan los aspectos de la ley vigente que pueden contribuir con el deterioro de la salud mental de las personas con infertilidad en el Perú.

ABSTRACT

There is a divergence between the law, the use of assisted reproductive technologies and Mental Health in Peru. These three aspects should be consistent in their focus and concern for the welfare of the individual. However, a little sensitivity to the problems and the reality of infertile couples in Peru shows. In this article some aspects that related to mental health are discussed, involving infertility. Also, aspects of the existing law that may contribute to the deterioration of the mental health of people with infertility in Peru are required.

PALABRAS CLAVE

Ley, tecnologías de reproducción asistida, salud mental, infértiles, infertilidad.

KEYWORDS

Law, assisted reproductive technologies, mental health, infertile, infertility.

INTRODUCCIÓN

La salud mental se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública a nivel mundial, asimismo la prevalencia de los trastornos en la salud mental es preocupante. Así, por ejemplo, en Estados Unidos se conoce que cada año uno de cuatro adultos (61,5 millones de estadounidenses) experimenta una enfermedad mental (NIH & NIMH, 2013). Los trastornos mentales representan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura de 40% a 60% mayor que la población general. A su vez, a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte entre los jóvenes y la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, encontrándose entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. Y los individuos que viven con una enfermedad mental enfrentan un riesgo mayor de tener condiciones médicas crónicas (Colton & Manderscheid, 2006). En el Perú, la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2% (IESM HDHN, 2002), en la sierra es 16,2% (IESM HDHN, 2003) y en la Selva es 21,4% (IESM HDHN, 2004). La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que en un mes el 1% de las personas de Lima Metropolitana (IESM HDHN, 2003), el 0,7% en la sierra (IESM HDHN, 2004) y el 0,6% en la selva (OMS, 2006) presenten intentos suicidas.

En el mismo sentido, las consecuencias económicas de las pérdidas de salud a causa de la enfermedad mental son igualmente importantes. En un estudio reciente realizado por la Escuela de Salud Pública de Harvard se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 trillones para el período 2011-2030 (WEF & HSPH, 2011), y ya en los Estados Unidos las enfermedades mentales crónicas representan un costo aproximado de US\$ 193,2 billones en pérdidas cada año (Insel, 2008). En el Perú, las pérdidas en términos de años de vida sana son también importantes, se sabe que para el 2002 los DALY (*disability adjusted life year*) perdidos por enfermedades neuropsiquiátricas en el Perú (estimados por OMS) eran del orden de 1078, de los cuales 336 correspondían a las pérdidas por depresión unipolar (Rondón, 2006).

En el mismo sentido en el que se muestran desventajas con relación al deterioro de la salud mental, encontramos que las personas con trastornos

mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad, exclusión y marginación. Así, por ejemplo, el *Atlas de Salud Mental 2011* de la OMS aporta datos que demuestran la escasez de recursos en los países para atender las necesidades de salud mental y señalan una distribución inequitativa y un uso ineficiente de recursos. Por ejemplo, el gasto mundial anual en salud mental es inferior a US\$ 2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 por persona en los países de ingresos bajos (OMS, 2013), con lo cual es clara la marginación dado que este grupo no recibe una adecuada atención de salud. En el Perú, el MINSA dirige hacia la salud mental aproximadamente el 3% de sus gastos en atención de salud y se conoce que son escasos los puestos y centros de salud que brindan atención a las personas con enfermedades mentales (MINSA, 2009).

Es cierto que hasta hoy muchos países conservan una mirada de salud pública en la que solo preocupan las enfermedades que atañen la salud física o las directamente relacionadas con las tasas de mortalidad. Sin embargo, la definición de salud referida en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, y que no ha sido modificada desde 1946, señala lo siguiente: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

Con lo cual nos deja muy claro que desde esta perspectiva de salud, los estados no deben considerar como prioritarias solo aquellas enfermedades que atañen un daño que ponga en riesgo la vida física del individuo, sino también aquellas que atañen un daño a la mente o a la vida social del individuo. Por tanto, deben revisarse los criterios para priorizar enfermedades, dado que frente a las enfermedades emergentes de este siglo es anacrónico aún mantener esa perspectiva de salud pública (Roa-Meggo, 2009) y esto debido a que si se mantiene esta perspectiva se perjudica la atención y el trabajo multidisciplinario para la prevención de las enfermedades, cuya tendencia de los últimos años es creciente.

La infertilidad es una de estas enfermedades, que a pesar de su tendencia creciente no parece ser de interés para la salud pública. Es propia del sistema reproductivo y es definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas (Zegers-Hochschild et al., 2010). Asimismo, afecta entre el 9% y 15% de personas en edad fértil (Boivin, Bunting, Collins & Nygren, 2007) y cerca del 30% en algunos países en vías de desarrollo (Inhorn, 2003). Esta enfermedad ha demostrado su tendencia creciente a través de los años, lo cual no sabemos aún si se debe al crecimiento de la misma enfermedad o a que hoy en día la cultura contribuye con que las personas acudan más a los servicios de salud para atenderse cuando a pesar de los intentos no logran un embarazo. A pesar de ello, del total de personas con problemas de fertilidad solo el 55% buscará ayuda médica para alcanzar su paternidad (Bunting & Boivin, 2007).

La infertilidad no es una enfermedad que se relacione directamente con la mortalidad. Sin embargo, compromete de manera importante la salud emocional de los individuos. Así, los estudios realizados en las personas infértiles que acuden a los servicios demuestran dos aspectos interesantes relacionados con la salud mental: que existen trastornos mentales asociados a la misma enfermedad y trastornos mentales asociados como consecuencia del uso de los tratamientos de reproducción asistida (TRA), los cuales usan con el fin de alcanzar la tan anhelada paternidad. A continuación una descripción de ellos:

Trastornos mentales asociados a la infertilidad

Ira, baja autoestima, disfunción sexual, aislamiento social, depresión, ansiedad, alteraciones cognitivas, desesperanza, hostilidad, ideación suicida (Peterson, Gold & Feingold, 2007), culpa y miedo por una vida sexual temprana, uso de anticonceptivos, aborto anterior o postergación de la maternidad mientras se perseguían metas profesionales que comprometieron la fertilidad (Cosineau & Domar, 2007) son algunas de las reacciones más comunes encontradas en las parejas infértiles. Estos síntomas afectan la vida personal, pero también la vida sexual y marital (Kerr, Brown & Balen, 1999) y el proyecto de vida, principalmente de las mujeres (Whiteford & Gonzalez, 1995; Greil, 1997).

Trastornos mentales asociados al uso de los tratamientos de reproducción asistida

La decisión de iniciar los tratamientos es un cuestión difícil y puede implicar estrés emocional (Boivin & Tafekman, 1995), ansiedad (Sbaragli et al., 2008; Volgsten et al., 2008) y depresión (Fassino, Piero, Piccioni & Garzaro, 2002). Estos trastornos se incrementan dependiendo de lo que implica el tratamiento (de Klerk et al., 2006; Lintsen et al., 2009), de los síntomas físicos ocasionados (WHC, 2009), de la fase del tratamiento (Verhaak et al., 2007), de las fallas en los tratamientos (Beutel et al., 1999; Franco et al., 2002) e incluso estos síntomas o trastornos pueden persistir meses después de finalizado el tratamiento (Baram et al., 1988).

Las parejas que se someten a un segundo tratamiento también se exponen a una situación problemática, ya que, por un lado, si bien el estrés puede disminuir debido al conocimiento y a la experiencia propia del proceso terapéutico anterior; por otro lado, aumentan las sensaciones de fracaso, de inseguridad, de desesperanza, de desesperación y de sentirse amenazados ante una infertilidad definitiva. Las cuales se convierten en variables que pueden influir en los resultados del tratamiento que se está llevando a cabo (Demytteneare et al., 1998).

En el caso de que con las TRA se haya tenido éxito, pueden suscitarse también dos problemas importantes: 1) en algunas parejas los lazos se

deterioran cuando uno o los dos miembros de la pareja continúan sintiéndose trastornados por su infertilidad o por la de su pareja después del nacimiento del niño y 2) la probabilidad de que se produzcan embarazos múltiples es mayor que en los embarazos normales, lo que implica no solo una mayor exigencia psicológica de parte de los padres, sino un mayor riesgo de complicaciones obstétricas para la madre y una alta morbilidad neo y perinatal, sino también un mayor costo económico, lo cual frente a nuestra actual economía, es una situación difícil de asumir. Lo que es particularmente diferente cuando son los países quienes asumen el costo de los tratamientos (Godoy, 2002).

Por lo tanto, el abordaje de la infertilidad desde una perspectiva de tratamiento hace referencia a la necesidad de trabajar en conjunto ginecólogos y psicólogos especialistas en infertilidad para atender tanto el aspecto físico como el psicológico que como vemos según la evidencia científica demuestra que están afectados. Pero sí es evidente que el solo padecer de infertilidad o el someterse a los tratamientos es una experiencia muy dolorosa y difícil (Fekkes et al. 2003). Tanto así que ha sido comparada con la que se siente ante una dolorosa enfermedad (Domar, Zuttermeister & Friedman, 1993), el divorcio o la pérdida de un ser muy querido (Holter, Anderheim, Bergh & Möller, 2006).

EL ROL DE LA SOCIEDAD

¿Será posible que la sociedad contribuya con el incremento de los niveles de estos trastornos mentales o permita que los pacientes padezcan de estos trastornos a causa de los efectos de una ley que, existente en el país, coarte los derechos de los pacientes infértiles a atender su problema de salud o coarte su derecho a formar una familia?

En principio, no existe una ley específica que regule el uso de las tecnologías de reproducción asistida (TRA) disponibles en nuestro medio ni tampoco a los que realizan dichos procedimientos. Solo en la Ley General de Salud, en el artículo 7 del Título I, “De los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual”, se contempla lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida siempre que la condición de madre genética y madre gestante recaiga sobre la misma persona. Para la aplicación de técnicas de reproducción asistida se requiere del consentimiento previo y por escrito de los padres biológicos. Está prohibida la fecundación de óvulos humanos con fines distintos a la procreación, así como la clonación de seres humanos (Ley General de Salud, N.º 26842).

Y es, sobre la base de esta y las respuestas de entrevistas realizadas a pacientes infértiles (Roa, 2013) es que a continuación se hará un análisis de

algunos de los principales aspectos que en materia de derecho se pueden considerar restrictivos para los pacientes infértiles en el Perú:

- a) Un paciente infértil no tiene acceso a tratamiento
- b) Una mujer infértil por causa fisiológica no tiene derecho a ser madre
- c) Una pareja infértil no tiene acceso a servicios de calidad

Un paciente infértil no tiene acceso a tratamiento

Cuando se menciona al acceso nos referimos a dos aspectos principalmente. El primero hace referencia a la disponibilidad de servicios en el ámbito público para tratar los problemas de infertilidad de la población peruana y el segundo, a la disponibilidad económica de los pacientes para acceder a los tratamientos. En el primer caso existen solo algunos hospitales públicos que en Lima ofrecen tratamientos de alta y baja complejidad. Ha de considerarse que este paso constituye un gran avance en la inclusión social de parejas de escasos recursos. Sin embargo, vemos como estos servicios están centralizados en Lima y no así en otras ciudades del país, donde las parejas que tienen problemas de infertilidad y viven en otras zonas del país deben llegar a Lima con todo lo que en gasto significa para ellas. Hay además otra situación importante dado que los servicios de reproducción humana en los diferentes hospitales públicos a veces manejan un horario que para los pacientes infértiles representa un problema y hasta una causal de despido. A continuación dos relatos de pacientes sobre el particular (Roa, 2013):

“Otro factor que me resultaba problemático en el Seguro era el horario, solo era en la mañana, o sea, por decirle uno iba a las 9:00 h, pero así como me citaba a mí a las 9:00 a consulta citaban como a 30 personas más a esa hora, imagínese, a qué hora me tocaba, a qué hora salía del hospital. O sea, no había un orden, no había un respeto por el horario, y así como yo iban un montón de personas”

(M. Paredes, comunicación personal, 11 de enero del 2014).

“Yo en esos permisos no daba la excusa porque no quería que nadie se enterara porque creen que este no es un problema de salud, me descontaban el día, o sea, perdía ese día... Luego para la cirugía estuve 15 días en cama y ahí sí, lamentablemente, tuve que perder mi trabajo, pedí permiso por salud tipo vacaciones un mes, pero ya cuando después del mes regresé al trabajo, ya me encontré a otra persona y ya discretamente no eran necesarios mis servicios, la empresa no ve la parte humana no le importan sus empleados”

(C. Rivera, comunicación personal, 12 de enero del 2014).

En el segundo caso, tenemos que si es que los horarios del servicio público representan una dificultad, la mujer optará por buscar un servicio privado.

Sin embargo, es allí donde el costo representa una difícil situación. Así, el costo de las TRA en nuestro país se convierte en un problema más para la pareja infértil que no posee el dinero suficiente para acceder a ellas. Noriega (Mairata, 2006) recordaba que los primeros casos de alta complejidad que se atendieron a inicios de los años 90 costaron alrededor de US\$ 6000, pero que conforme aumentó la demanda, los costos se han reducido. A pesar de ello, hoy una fertilización *in vitro* (FIV) cuesta en Lima aproximadamente entre US\$ 3500 y US\$ 5000, precio inaccesible para la mayor parte de la población, debido a que en el Perú el sueldo mínimo anual bordea los US\$ 3500 dólares al año. A continuación un relato de una paciente sobre el particular (Roa, 2013):

Para conseguir el dinero necesario, le estoy hablando de cuatro años de trabajo, hemos tenido que ahorrar mucho en todos los sentidos con mi esposo, nos desprendimos de muchas cosas, tenía mi auto en ese entonces, pero tuve que sacrificarlo. Incluso mi esposo tiene ahora dos trabajos, paramos de construir mi casa, además hacemos horas fuera de trabajo, horas extras, que disminuyen horas de convivencia, aunque los fines de semana tratamos de viajar, entonces es sufrimiento, es sacrificio, y a la vez es represión porque nos reprimimos de muchas cosas.

(D. Castro, comunicación personal, 11 de marzo del 2014).

Sin embargo, es posible que muchas de las parejas sacrifiquen sus gastos y puedan así costear el tratamiento, nada les asegura que aquel tratamiento resulte 100% exitoso. Así, mientras que algunas parejas consiguen el embarazo en un año, otras pueden pasar entre 3 y 6 años para conseguir el niño deseado, y otras jamás lo consiguen. Debido a ello, el desgaste físico, emocional y también económico de las parejas es muchas veces elevado e insostenible. En promedio solo el 30% de la población que se somete a las TRA consigue el embarazo. Debido a este porcentaje de embarazos, las parejas que no tuvieron éxito, si es que poseen el dinero suficiente, suelen repetir los tratamientos varias veces; pero si no pueden costear un segundo tratamiento, se exponen a una nueva situación de estrés, originada en la impotencia y el fracaso que pueden afectar su vida de pareja y familiar (Cox, Owen, Lewis y Henderson, 1989; Howes y Markman, 1989; Burns, 1990; Brodzinsky, 1987; Humphrey y Humphrey, 1988). El Estado podría ayudar mucho si es que decide apoyar los tratamientos, ya que el Estado obtiene más ventajas cuando crece el número de personas económicamente activas y, lo que es más, las objeciones del Estado sobre el costo de estas tecnologías ya es un argumento desfasado dado que hoy existen investigaciones que demuestran costos muy razonables, tanto por proceso como por resultado (Daya, 2000; Haan, 1991; Holst et al., 1991).

Una mujer infértil por causa fisiológica no tiene derecho a ser madre

La ley refiere que toda persona tiene derecho al uso de las TRA “siempre que la condición de madre genética y madre gestante recaiga sobre la misma persona”. De acuerdo a la ley, tanto la madre que concibe, como la madre a quien le pertenecen los gametos involucrados en la fecundación tienen que ser la misma persona. Pero, entonces, ¿qué sucede con aquellas mujeres que teniendo gametos sanos, poseen una anomalía en su sistema reproductor que les impide albergar al feto?, ¿qué sucede con aquellas mujeres que por alguna circunstancia genética nacieron sin ovarios o aquellas en las que los ovarios han sido extirpados por cáncer u otras enfermedades generales?, ¿acaso estas mujeres deben verse impedidas de ser madres por estar prohibido el acceso a una maternidad subrogada?, ¿qué sucede con el derecho inherente de todo ser humano de poder fundar una familia?, ¿acaso estas mujeres víctimas de una anomalía anatómica y genética deben ser doblemente víctimas, por una parte víctimas de la ley de la naturaleza y por otra parte víctimas de las leyes de la sociedad? Entonces, ¿qué solución plantea la ley a estas situaciones? Sobre estas interrogantes, la ley no afirma nada, por el contrario, tal como se observa limita el derecho de la paternidad, socavando uno de los derechos fundamentales de la persona.

Una pareja infértil no tiene acceso a servicios ni una atención de calidad

Si la ley no contempla ningún organismo regulador de estos servicios, entonces lo más probable es que existan servicios que abusen inescrupulosamente de los pacientes al someterlos a prácticas o a gastos que podrían ser muchas veces innecesarios. La falta de un verdadero control supone que se ofrezcan muchos procedimientos bajo el título de “terapias innovadoras” sin haber superado, muchas de ellas, un auténtico examen previo de calidad, seguridad y eficacia y sin haber superado los mismos centros un nivel estricto de calidad de servicio. A continuación un relato de una paciente sobre el particular (Roa, 2013):

Hay clínicas que se dicen clínicas, pero la verdad que son una estafa, te das cuenta al toque, pues el médico quiere sacarte plata. Para la gente que está desesperada, seguro acudirá a esas clínicas... Este médico, por ejemplo, me dijo de todo, como si yo fuera una inculta, me preguntó si yo quería un niño de ojos azules, verdes, pero así ya, como si tuviera un catálogo, yo lo miraba y pensaba “este pata como que sí te quiere engañar” y decía “pero primero te tengo que operar de esto, de aquello”, como que quería jugar con tu salud antes y todo cobrarte

(A. Peña, comunicación personal, 11 de marzo del 2014).

Por todo lo dicho, estimamos que la ley debe eliminar cualquier límite que socave la voluntad y el derecho de las personas de procrear y constituir la forma de familia que considere de modo “libre y responsablemente” (esto es, considerando factores de riesgo tales como la edad de la madre, independencia económica, redes de apoyo social, entre otros). Y con ello contribuir con la protección y el cuidado de la salud mental de las parejas con problemas de infertilidad.

CONCLUSIONES

La salud hoy, teóricamente, se entiende como aquel estado completo de salud, no solo una ausencia de enfermedades, sino aquel estado de completo bienestar físico, social y psicológico. Por ello, y siendo la infertilidad una enfermedad que afecta la salud mental de los pacientes, se necesita que el Estado se preocupe por su protección, dado que finalmente esto podría ser igual o más de costoso si nos referimos a los años de vida productivos perdidos.

En el mismo sentido, si bien es cierto las nuevas TRA se han convertido en una luz de esperanza para una serie de parejas que pensaban que era casi imposible tener hijos, también podrían convertirse en un peligro cuando son usadas indiscriminadamente y generan graves problemas.

Por lo que consideramos no solamente que las leyes deben de regular algunos principios éticos y de derecho de los pacientes, sino también la labor de los centros que ofrecen estos servicios. Pues la falta de un verdadero control supone que se ofrezcan muchos procedimientos sin haber superado, muchos de ellos, un auténtico examen previo de calidad, seguridad, eficacia y sin haber superado los mismos centros un nivel estricto de calidad de servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baram, D., Tourtelot, E., Muechler, E. y Huang, K. (1988). *Psychological adjustment following unsuccessful in vitro fertilization*, *J Psychosom Obstet Gynecol*; 8:181.

Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S. y Kohn, FM. (1999). *Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI*. *Andrologia*; 31:27–35.

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. y Nygren, K. (2007). *An international estimate of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care*. *Hum Reprod*; 22:1506-12.

Boivin, J. y Tafekman, J. (1995). *Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non-pregnant women*. *Fertil Steril*; 64: 602–610.

Brodzinsky, D. (1987) *Adjustment to adoption: A psychosocial perspectiva*. *Clinical Psychology Review*, 7: 25-47.

Bunting, L. y Boivin, J. (2007). *Decision-making about seeking medical advice in an internet sample of women trying to get pregnant*. *Hum Reprod*;22:1662-8.

Burns, L. (1990) *An exploratory study of perceptions of parenting after infertility*. *Family Systems Medicine*, 8, 2:177-189.

Cosineau, T. y Domar, A. (2007). *Psychological impact of infertility: Best Practice and Research in Clinical. Obstetrics and Gynaecology*; 21(2): 293-308.

Cox, Owen, Lewis y Henderso. (1989). *Marriage, adult adjustment and early parenting*. *Child Development*, 60: 1015-1024.

Daya, S. (2000). *Why and how to model a robust cost-effectiveness analysis in ART*. En "Evaluating success : Minimising cost and maximising effectiveness in ART". ESHRE.

De Klerk, C., Heijnen, E., Macklon, N., Duivenvoorden, H., Fauser, B., Passchier, J. y Hunfeld, J. (2006). *The psychological impact of mild ovarian stimulation combined with single embryo transfer compared with conventional IVF*. *Hum Reprod*; 21(3): 721-727.

Demytteneare, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D. y D'Hooghe, T. (1998). *Coping style and depresión level influence outcome in in-vitro fertilization*. *Fertility and Sterility*, 69 (6).

Domar, A., Zuttermeister, P. y Friedman, R. (1993). *The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions*. *J Psychosom Obstet Gynaecol*;14 Suppl:45-52.

Fassino, S., Piero, A., Piccioni, V. y Garzaro, L. (2002). *Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study*. *Hum Reprod*; 17:2986-2994.

Fekkes, M. et al. (2003). *Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment*. *Hum Reprod*; 18(7):1536-1543.

Franco, J. et al. (2002). *Psychological evaluation test after use of assisted reproduction technologies*. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*; 19(6): 274-278.

Godoy, H. (2002) *Aspectos sociales y morales de las técnicas de reproducción asistida*. Montevideo: Departamento de Medicina Legal - Facultad de Medicina. Fuente: www.mednet.org.uy/dml/actividades/ateneos2002/at-020523-a.htm

- Greil, A. (1997). *Infertility and psychological distress: a critical review of the literature*. *Social Science and Medicine*; 45(11): 1679-1704.
- Haan, G. (1991). *Effects and costs of in vitro fertilization*. Again let's be honest. *J Technol Ass Health Care*; 7; 585-593.
- Holst, N., Maltau, J., Forsdahl, F. y Hansen, L. (1991). *Handling of tubal infertility after introduction of in vitro fertilization: Changes and consequences*. *Fertil Steril*; 55: 140-143.
- Howes y Markman. (1989). *Marital quality and child functioning: A longitudinal investigation*. *Child Development*, 60: 1011-1051.
- Humphrey y Humphrey. (1988). *Families with a difference: varieties of surrogate parenthood*. London: Routledge
- Inhorn, C. (2003). *Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt*. *Soc Sci Med*; 56: 1837-51.
- Insel, T.R. (2008). *Assessing the Economic Costs of Serious Mental Illness*. *The American Journal of Psychiatry*. 165(6), 663-665.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (2004). *Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004*. Lima: IESMHD-HN.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (2003). *Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003*. Lima: IESMHDHN.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (2002). *Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general*. Lima: IESMHD-HN; 2002.
- Kerr J, Brown C, Balen AH. (1999). *The experience of couples who had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997*. *Hum Reprod*; 14: 934-938.
- Lintsen, A., Verhaak, C., Ekjkemans, M., Smeenk, J. y Braat, D. (2009). *Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment*. *Hum Reprod*; 1(1): 1-7.
- Mairata, S. (2006). *Cita con el Doc-Tour*. Reportaje del diario La República del 12 de Junio, 2006. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/12-06-2006/cita-con-el-doc-tour>
- MINSA (2009) *Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú 2008*. Lima: MINSA.
- National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (n.d.). (2013). *Statistics: Any Disorder Among Adults*. Retrieved March 5, from http://www.nimh.nih.gov/statistics/1ANYDIS_ADULT.shtml

OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1946). *Documentos básicos: Principios de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud* firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Hallazgos por país: Perú*. [página de internet]. Fecha de acceso: enero 2013. Disponible en: www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/fact_sheets/per/es/index.html

Peterson, B., Gold, L. y Feingold, T. (2007). *The experience and influence of infertility: considerations for couple counsellors*. *The Family Journal*; 15 (3): 251-257.

Rondón, M. (2006) *Salud mental: un problema de salud pública en el Perú*. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 23(4).

Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V. y Castrogiovanni, P. (2008). *Infertility and psychiatric morbidity*. *Fertil Steril*; 90:2107–2111.

Verhaak, C., Evers, W., Kremer, J., Kraaimaat, F., Braat, D. (2007). *Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research*. *Hum Reprod Update*; 13: 27–36.

Volgsten, H., Skoog, A., Ekselius, L., Lundkvist, O. y Sundström, I. (2008). *Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment*. *Hum Reprod*; 23:2056–2063.

WHC. (2009). *Infertility Treatments for Women: a review of bio-medical evidence*. Dublin: The Women's Health Council.

Whiteford, L., González, L. (1995). *Stigma: the hidden burden of infertility*. *Social Science and Medicine*, 40:27–36.

World Economic Forum, the Harvard School of Public Health (2011). *The global economic burden of non-communicable diseases*. Ginebra, Foro Económico Mundial.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G., De Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. y Van der Poel S. (2010). Versión revisada y preparada por el Comité Internacional de Monitoreo de la Tecnología de Reproducción Asistida y la Organización Mundial de la Salud (OMS) [Recuperado el 5 de Agosto 2011. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf].