

## ARTÍCULO ORIGINAL

# ¿Por qué 145 mujeres > de 40 años no han tenido hijos? Motivos médicos y psicosociales

## Why 145 women > 40 years did not have children? Medical and psychosocial motives

Jorge López-Olmos<sup>a,\*</sup>

Recibido: 26 de octubre de 2018

Aceptado: 20 de marzo de 2019

### PALABRAS CLAVE:

Salud de la mujer;  
Fecundidad; Bienestar  
de la madre.

### RESUMEN

**Objetivo:** En una serie de 145 mujeres > de 40 años que no han tenido hijos antes de esa edad, saber los motivos médicos y psicosociales; si han recurrido a técnicas de reproducción asistida (TRA) o no, y saber si cuando eran adolescentes se imaginaban en el futuro como madres con hijos.

**Material y método:** En un periodo de 4 meses, en la consulta de Ginecología del autor, tras finalizar la consulta por cualquier motivo, las que cumplían el requisito referido, tras dar su consentimiento informado, se entrevistaron de forma semiestructurada en profundidad, para obtener los datos, que se recogieron por escrito en hojas independientes numeradas. Se establecieron 2 grupos de pacientes: A, de 40-50 años, y B, > de 50 años.

**Resultados:** En el grupo A, hubo más solteras ( $p < 0,01$ ) y en el grupo B, hubo más casadas ( $p < 0,001$ ), más viudas ( $p < 0,01$ ) y más que no trabajaban ( $p < 0,01$ ).

En el grupo A hubo más motivos médicos ( $p < 0,01$ ). Destacaron: los miomas (15,53%), la menopausia precoz (2,91%) y el factor varón (2,91%). En el grupo B, sobresalieron: la obstrucción tubárica (9,52%), el factor varón (7,14%) y el cáncer de mama (7,14 %). No hubo diferencias significativas en los motivos psicosociales. Los más importantes fueron globalmente: ausencia de relaciones sexuales (3,44%); la pareja no quería tener hijos (3,44%), y trastornos psiquiátricos (2,06%).

**Conclusiones:** Los motivos más frecuentes para no tener hijos fueron globalmente: la decisión personal (40,68%) y la falta de pareja adecuada (37,24%). A favor de las TRA estaban globalmente el 78,62% de las mujeres, y en contra el 15,86%. El 10,34% de ellas practicaron TRA, sin resultado favorable. El 42,06% no quería ser madre, definitivamente.

### ABSTRACT

**Aim:** In a series of 145 women > 40 years-old what they haven't had children before this age, to know the medical and psychosocial motives, if they whether or not you've gone to ART (assisted reproductive techniques), and to know if when they were teenagers they imagined in the future as mothers with children.

**Material and methods:** In a period of 4 months, in the consult of Gynecology of the author, after finalization of consultation by any motive, they that the requirement that were fulfilled, with given informed consent, they are interviewing in a deep semistructured manner to get

<sup>a</sup> Centro de Especialidades de Monteolivete, España.

\* Autor para correspondencia: jlopezo@sego.es

---

**KEY WORDS:**

Womens health;  
Fertility; Maternal  
welfare.

the data, collected by writing in separate leaves. We establish two groups of patients: A, of 40-50 years-old, and B, > 50 years-old.

Results: In the group A, there were more singles ( $p < 0,01$ ). In the group B, there were more married ( $p < 0,001$ ), more widows ( $p < 0,01$ ), and more women without work ( $p < 0,01$ ). In the group A, there were more medical motives ( $p < 0,01$ ). We emphasize the myomas (15,53%, the premature menopause (2,91%) and the male factor (2,91%). In the group B, the tubaric obstruction, (9,52%), the male factor (7,14%) and the breast cancer (7,14%). No significant differences there were in the psychosocial motives. Globally, the most important motives were: no intercourse (3,44%), the couple didn't want to be a children (3,44%) and psychiatric disorders (2,06%).

Conclusions: The most frequent motives to not have children was, globally: the personal decision (40,68%) and the proper back of couple (37,24%). In favour of ART, globally, there is 78,62%, and in opposition 15,86%. The 10,34% practiced ART without favourable result. The 42,06% didn't want to be a mother, finally.

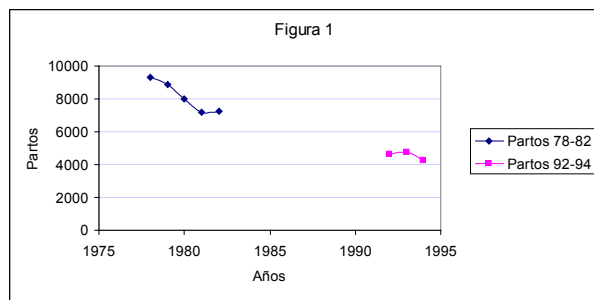
---

**INTRODUCCIÓN**

Es bien sabido que la natalidad ha disminuido bastante. A nivel local lo conocemos de primera mano. Por ejemplo, en el Hospital Universitario La Fe de Valencia (España), donde trabajó el autor, en dos periodos: 1978-1982, como médico Interno y médico Residente,

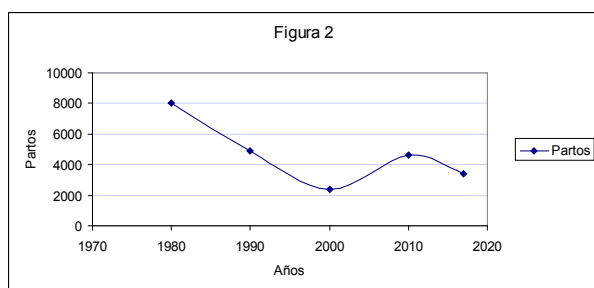
hubo 40.627 partos. Y en 1992-1994, como médico Adjunto, hubo 13.600 partos. En la figura 1 se observa la curva descendente y en la figura 2 se aprecia la evolución descendente en cuatro décadas, 1980-2017, en el mismo hospital,<sup>1</sup> excepto un pequeño repunte por la inmigración.

**Figura 1. Partos Hospital La Fe de Valencia (España), Años 1978-1982 y 1992-1994**



Fuente: Memoria de partos. Hospital Universitario La Fe de Valencia.

**Figura 2. Partos Hospital La Fe de Valencia (España), Años 1980-2007**



Fuente: Memoria de partos. Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Si vemos los datos de población de 2017 en la Comunidad Valenciana,<sup>2</sup> la población es 4.935.010 habitantes: hombres 2.433.000 y mujeres 2.502.010. En porcentaje cv/E (Comunidad Valenciana/España) son el 10,7 y 10,6%, respectivamente.

Y si consideramos los indicadores demográficos básicos en 2011-2016,<sup>2</sup> la tasa bruta de natalidad fue en 2011, 9,89/1000, y en 2016, 8,49/1000. El crecimiento de la población fue en 2011, 2,09/1000, y en 2016, 0,54/1000.

Cada vez hay menos nacimientos, y en caso de haberlos, la pareja se plantea tener solo uno. Influye la inestabilidad económica, la inseguridad laboral, la dificultad de acceder a una vivienda, y también la incertidumbre sentimental.

En 1975 las mujeres tenían su primer hijo sobre los 25 años; en el año 2000, las mujeres lo plantean a partir de los 30-35 años, rozando la frontera de la infertilidad fisiológica. Ahora, la naturaleza impone su ley. Y es necesario recurrir a técnicas de reproducción asistida (TRA).

En este trabajo se pretende saber los motivos, tanto médicos como psicosociales, por los que una

serie de mujeres no han tenido hijos antes de los 40 años; si han recurrido a TRA, y si se imaginaban, cuando eran adolescentes, en su vida futura como madres con hijos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En la Consulta de Ginecología del autor en el Centro de Especialidades de Monteolivete de Valencia (España), a partir del 10 de abril de 2018 hasta el 14 de agosto de 2018, en un periodo de 4 meses, sobre un total de 2 075 consultas, hemos recogido todos los casos consecutivos de pacientes > de 40 años, que no han tenido hijos, antes de esa edad. Fueron 145 casos, la prevalencia es 6,98%.

La serie se ha dividido en dos grupos: grupo A, pacientes de 40 a 50 años, son 103 casos; y grupo B, pacientes > de 50 años, son 42 casos. Todas las pacientes dieron su consentimiento informado para el estudio. No hubo ningún rechazo a participar en el estudio.

Al finalizar la consulta, por cualquier motivo, se practicó entrevista personal para recoger los datos, siendo semiestructurada en profundidad para los datos cualitativos. El desarrollo de la entrevista fue el siguiente: “Estamos haciendo un estudio de investigación sobre las mujeres que no han tenido hijos antes de los 40 años, para conocer los motivos, vamos a hacerle unas preguntas”.

Edad, Abortos, Estado civil: Soltera, Casada, Divorciada, Viuda, Pareja de Hecho, Relaciones Ocasionales), Nivel de estudios (Primarios, Secundarios; Universitarios), Trabajo: si/no. Ingresos personales/mes (en euros). Medio (Urbano, Rural).

“Le presento una lista de motivos y Ud. me indica cuál corresponde a su caso (puede añadir cualquier otro que se le ocurra)”:

- Falta de pareja adecuada
- Anteponer el trabajo a la maternidad
- Divorcio
- Problemas familiares, padres dependientes
- Miedo a perder la libertad
- Miedo al futuro
- Miedo a tener un hijo con problemas
- Falta de ayuda
- Antes era una obligación, ahora no es preciso
- ¿Ha tenido presiones familiares en algún sentido?
- Su nueva pareja ya tiene hijos, pero él o Ud. no quieren

“Ud. sabe que desde hace más de 30 años existen TRA por las que una mujer sola puede tener un hijo.

¿Está a favor o en contra? ¿Las ha utilizado?: Si/no. ¿Por qué?”

“Y la última pregunta: Ud. cuando tenía de 15 a 20 años, ¿cómo imaginaba su vida en el futuro?, ¿se veía como madre con hijos?”. “Muchas gracias por contestar estas preguntas”.

El autor tomó notas por escrito de lo que contestaron las pacientes, de forma anónima, con la asignación de un nº a la hoja correspondiente. Se analizaron todas al finalizar el estudio.

En el estudio estadístico, los datos cuantitativos: edad e ingresos, se expresan como rango, media y

desvío estándar. Se comparan con la t de Student. Los datos cualitativos, todos los otros, se expresan en porcentaje. Se comparan con la X<sup>2</sup> de Pearson. Se considera la significación estadística con la p < 0,05.

## RESULTADOS

La serie consta de 145 casos: 103 del grupo A (de 40 a 50 años), y 42 del grupo B (> de 50 años).

**Tabla 1. Datos demográficos**

	GRUPO A (n= 103)			GRUPO B (n= 42)			SE	
	RANGO	MEDIA	DESVIO	RANGO	MEDIA	DESVIO	t	p
<b>Edad</b>	40-50	45,06	2,79	51-87	59,59	9,07	10,45	<0,001
<b>Ingresos (en Euros)</b>	300-2700	1118,48	445,1	300-2800	1352,38	660,01	2,1	< 0,05
	N	%		N	%		X <sup>2</sup>	p
<b>Estado civil</b>								
Soltera	71	68,93		17	40,47		10,1	< 0,01
Casada	16	15,53		18	42,85		12,41	< 0,001
Divorciada	14	13,59		2	4,76		2,35	NS
Viuda				4	9,52		10,17	<0,01
Pareja de hecho	2	1,94		1	2,38		0,0295	NS
<b>Estudios</b>								
Primarios	20	19,41		13	30,95		2,24	NS
Secundarios	41	39,8		13	30,95		0,98	NS
Universitarios	42	40,77		16	38,09		0,07	NS
<b>Trabajo</b>								
No	25	24,27		21	50		9,1	< 0,01
<b>Medio</b>								
Urbano	80	77,69		35	83,33		0,56	NS
Rural	23	22,33		7	16,66		0,56	NS

SE: significación estadística.

NS: no significativo.

Fuente: Memoria de partos. Hospital Universitario La Fe de Valencia.

En la tabla 1 se presentan los datos demográficos: edad, estado civil (solteras, casadas, divorciadas, parejas de hecho), nivel de estudios (Primarios, Secun-

darios, Universitarios), trabajo: si/no, nivel de ingresos (en euros) y medio (Urbano, Rural).

Hubo diferencias significativas en edad (por definición),  $p < 0,001$ . Las medias fueron 45,06 en A frente a 59,6 en B. Hubo diferencias significativas,  $p < 0,01$  en A en solteras. Y en B,  $p < 0,001$  en casadas,  $p < 0,01$  en viudas, y  $p < 0,01$  en las que no trabajaban.

Antecedente de abortos, presentaban 16 casos en A (15,53%) frente a 5 casos en B (11,90%), sin diferencias significativas. Destaca el caso A58 que tenía 3 IVE (interrupción voluntaria de embarazo).

**Tabla 2. Motivos médicos y psicosociales**

	GRUPO A (n= 103)		GRUPO B (n= 42)		SE	
	N	%	N	%	X <sup>2</sup>	p
<b>Motivos Médicos(*)</b>	28	75,72	17	40,47	7,88	< 0,01
Factor varón	3		3			
Miomas	16		2			
Salpingectomía bilateral	1					
Enfermedad degenerativa	1					
Obstrucción tubárica	2		4			
Neurofibromatosis tipo I	1					
Endometriosis	1		2			
Crohn	1					
Menopausia precoz	3					
Cáncer de mama	1		3			
Histerectomía + anexectomía	1					
Colitis ulcerosa + colectomía	1					
Síndrome de Marfan			1			
Histerectomía subtotal			1			
Histerectomía + doble anexectomía			1			
Embarazo ectópico			2			
Gastrectomía subtotal			1			
Diabetes			2			
<b>Motivos psicosociales</b>	8	7,76	6	14,28	1,43	NS
La pareja no quiere	3		2			
No relaciones sexuales	2		3			
Trastornos psiquiátricos	3					
Adulterio del marido + ITS			1			

(\*) puede haber varios en la misma paciente.

SE: significación estadística.

NS: no significativo.

ITS: infección de transmisión sexual.

Fuente: Memoria de partos. Hospital Universitario La Fe de Valencia.

En la tabla 2 hubo diferencias significativas en los motivos médicos,  $p < 0,01$ , en el grupo A, 75,72% frente a 40,47% en el grupo B. En el grupo A destacan: los miomas en 16 casos (15,53%), la menopausia precoz, 3 casos (2,91%) y el factor varón, 3 casos (2,91%). En el grupo B, la obstrucción tubárica, 4 casos (9,52 %), el factor varón, 3 casos (7,14 %) y el cáncer de mama, 3 casos (7,14 %).

Respecto a los motivos psicosociales, no hubo diferencias significativas. En el grupo A: la pareja no quería tener hijos, 3 casos (2,91%); no habían tenido relaciones sexuales, 2 casos (1,94%) y presentaban trastornos psiquiátricos (esquizofrenia paranoide y trastorno bipolar, 3 casos (2,91%). En el grupo B, no habían tenido relaciones sexuales 3 casos (7,14%); la pareja no quería hijos, 2 casos (4,76%), y en 1 caso, adulterio del marido (2,38%).

**Tabla 3. Motivos para no tener hijos**

	GRUPO A (n= 103)		GRUPO B (n=42)		SE	
	N	%	N	%	X <sup>2</sup>	p
Falta de pareja adecuada	42	40,77	12	20,57		NS
Anteponer el trabajo	24	23,3	10	23,8		NS
Padres dependientes	5	4,85	5	11,9		NS
Miedo a perder la libertad	8	7,76	4	9,52		NS
Miedo a tener hijo con problemas	8	7,76				NS
Miedo al futuro	5	4,85				NS
Falta de ayuda	10	9,7	1	2,38		NS
Decisión personal definitiva	40	38,83	19	45,23		NS
Presiones familiares	2	1,94				NS
Nueva pareja tiene hijos, él/ ella no quiere	5	4,85				NS
No instinto maternal	3	2,91	6	14,28	6,63	0,001
Enfermedad/operación	3	2,91				NS
Divorcio	3	2,91	2	4,76		NS
Antes preciso, ahora no	3	2,91				NS
Musulmana, si no casada	1	0,97				NS

SE: significación estadística.

NS: no significativo.

Fuente: Memoria de partos. Hospital Universitario La Fe de Valencia.

En la tabla 3 se presenta la lista de motivos para no tener hijos. No hubo diferencias significativas en ninguno, excepto en la falta de instinto maternal/no me gustan los niños,  $p = 0,001$ , más en el grupo B, 14,28%, vs 2,91% en el grupo A. Los motivos más

frecuentes fueron en A: la falta de pareja adecuada en 40,77%, y la decisión personal en 38,83%. En B, los más frecuentes fueron: la decisión personal en 45,23%, y la falta de pareja adecuada en 28,57%.

**Tabla 4. A favor o en contra de TRA (Técnicas de Reproducción Asistida). Quería ser madre**

	GRUPO A (n=103)		GRUPO B (n=42)		SE	
	N	%	N	%	X <sup>2</sup>	p
A favor	84	81,55	30	71,42		NS
En contra	11	10,67	12	28,57	7,13	< 0,01
No responde	8	7,76				NS
HIZO TRA	9	8,73	6	14,28		NS
No hizo TRA	53	51,45	22	52,38		NS
Quería ser madre						
Si	58	56,31	26	61,9		NS
No	45	43,68	16	38,09		NS
Hijos adoptados	1	0,97	5	11,9	9,03	< 0,01

SE: significación estadística.

NS: no significativo.

Fuente: Memoria de partos. Hospital Universitario La Fe de Valencia.

En la tabla 4 se observan las TRA y si las hicieron. A favor de las TRA estaban 81,55% en A y 71,41% en B, sin diferencias. En cambio, hubo diferencias significativas,  $p < 0,01$ , en las que respondieron estar en contra, 10,67% en A vs 28,57% en B. La mayoría de estas pacientes no se sometieron a dichas técnicas. Sólo 8,73% en A y 14,28% en B. En A, de 53 casos, en 13 fue por motivos económicos. En B, en 2/6 por motivos económicos, y en 1 caso, porque en su tiempo todavía no existían. En todos los casos practicados en ambos grupos, el resultado fue fallido.

Sobre si querían ser madres, no hubo diferencias significativas. En el grupo A querían serlo en 56,31% y no serlo en 43,68%. En el grupo B, los porcentajes fueron 61,90 y 38,09%, respectivamente.

Hay diferencias significativas,  $p < 0,01$ , en cuanto a las adopciones de hijos que hicieron: en 1 caso en el grupo A (0,97%) frente a 5 casos en el grupo B (11,90%).

Hemos recogido comentarios de las pacientes que explican sobre su conducta:

A2, una madre soltera sola, no puede, y más sin trabajo fijo.

A3, no era el momento ni la persona adecuada.

A5, no tendría hijos sin ayuda, por la responsabilidad.

A9, no he querido nunca, me hice salpingectomía bilateral como anticonceptivo.

A10, empezó a buscar a 39 años y no hizo TRA por problema económico.

A15, no he visto el momento, y por miedo a no ser buena madre.

A16, no sola, quiero hijo con padre.

A17, de familia desestructurada, hizo de madre de su madre, no idea de familia.

A19, no encuentra el momento, quiere estudiar y viajar.

A27, se veía con pareja, pero sin hijos.

A30, no se llevaba bien con su pareja.

A33, no, me influyó tener padres divorciados.

A38, decisión compartida con la pareja, un hijo es para cuidarlo.

A41, no ha sido mi prioridad, y ahora con pareja adecuada es tarde.

A43, a los 24 años estaba obsesionada con tener, sufrió maltrato de su pareja, divorcio, y no se lo plantea como madre sola.

A48, no se arrepiente de no tener.

A53, no lo veía en sus planes.

A58, su pareja tuvo un hijo con otra, y la dejó.

A62, en contra de TRA, cuidar al hijo sola no le parece justo.

A64, su mayor tristeza no haber tenido.

A69, le encantan los niños, pero la supera la responsabilidad.

A81, miedo al embarazo.

A87, es cooperante, no quiere tener hijo biológico, pero adoptaría.

B4, el marido no quería y no quería adoptar.

B14, he sido madre de mi madre.

B18, el no tener, ahora pienso fue una decisión no adecuada.

B37, engañada por su marido, le transmitió una ITS (infección de transmisión sexual): no debería haberse casado.

## DISCUSIÓN

De nuestra serie de 145 mujeres que no han tenido hijos, destacamos que las > de 50 años son más casadas, viudas y con mayores ingresos, que las menores de 50 años. Los motivos médicos fueron globalmente 45 casos (31,03%) y los motivos psicosociales 14 casos (9,65%). Destacamos: los miomas, la obstrucción tubárica y el factor varón (azoospermia, vasectomía), y la menopausia precoz.

En una serie del autor<sup>3</sup> de 252 mujeres con miomas: 172 con miomas de 3-5 cm y 80 con miomas > 5 cm, en total hubo 46 mujeres nuligestas (18,25%), 31 y 15, en cada grupo, respectivamente. Comparando con grupos pareados por edad, en el grupo control hubo 26 casos de nuligestas (18 y 8, respectivamente) (10,31%), con diferencia significativa:  $X^2 = 6,46$ ,  $p < 0,02$ . Con miomas, hay más infertilidad.

Cuando hay motivos médicos de infertilidad como por ejemplo la endometriosis (tenemos 3 casos en la serie), se asocia a 35% de ansiedad y 47% de depresión.<sup>4</sup> Hay tendencia a la autocrítica y emociones negativas, y peor vida sexual.

En los factores psicosociales destacamos: la falta de relaciones sexuales, la pareja actual (con hijos) y no deseaba más, o la propia paciente; y los trastornos psiquiátricos: esquizofrenia, trastorno bipolar.

En una pareja adulta, normal, casada o que convive, lo natural, la norma es querer tener hijos. En un estudio en Alemania, en los años 90,<sup>5</sup> sobre 2 152 parejas, el 21,5% no tenía hijos, pero en 20% era de forma deliberada.

Tener hijos, ¿hace feliz? El deseo de tener hijos se asocia a la salud mental. Cuando hay infertilidad en la pareja, la mujer tiene peor salud mental.<sup>6</sup> Dependiendo de si es infertilidad idiopática, si existe el factor varón, o si el trastorno de la fertilidad es a mayor edad, sería menos grave en la mujer. Y menos, en casadas que en solteras o divorciadas, en universitarias que en no universitarias.

La infertilidad tiene un gran impacto psicológico, de forma significativa hay más ansiedad y depresión.<sup>7</sup> La paternidad es un deseo ideal en el plan de vida en el adulto universal. La maternidad es importante para la mujer. No tener hijos es una pérdida individual: física y mental, en el bienestar de la pareja, en el ideal de vida, en la posición, en la reputación, en la autoconfianza, y hay pérdida de privacidad, y pesadumbre. Puede haber disfunciones sexuales, dificultades maritales y problemas de identidad.

La mujer quiere una familia completa. Si no la tiene, es un defecto, y hay pérdida de la esperanza. Se han señalado:<sup>8</sup> frustración social, culpa, ansiedad-depresión, baja autoestima, sensación de vacío, de estar incompleta, problemas sexuales (por la rutina y las dudas), envidia y celos de las mujeres con hijos, transferencia de cuidados a sobrinos o a hijos de otra, ver al marido como a un hijo, etc.

Las causas psicológicas pueden ser factores primarios en la infertilidad: neuroticismo, personalidad pasiva-agresiva, compulsiva, o con síntomas psicósomáticos. Se necesita tratamiento y soporte psicológico.

Muchas veces, los especialistas, aunque creen en 75% en el impacto psicológico negativo de la infertilidad,<sup>9</sup> no lo buscan ni aconsejan sobre él. En un estudio, sólo en 28% buscaron ansiedad-depresión. Y es por falta de tiempo, o por poca familiaridad en el tratamiento de condiciones de salud mental. Existe en la infertilidad: ansiedad, entre 23 y 76%, y depresión, entre 17 y 57%, según diversos estudios.

Respecto a las estrategias de afrontamiento en la infertilidad,<sup>10</sup> porque hay aislamiento social, baja autoestima, disfunciones sexuales, vergüenza, incluso pensamientos suicidas; muchas mujeres infértiles evitan a las embarazadas o a las mujeres que tienen niños. Su comunicación se establece con sus esposos o parejas, con amigas íntimas, pero no lo hacen fuera de la familia. Hay un silencio autoimpuesto. El 30% de infértiles secundarias nunca hablaban con otras mujeres del tema. El 30% no preguntaban a sus amigas y no discutían la afectación emocional. También buscan distracciones técnicas: volver a trabajar, aficiones, etc.

La regulación de la emoción es muy importante en la intervención psicológica.<sup>11</sup> Las mujeres infértiles aplican más estrategias de evitación.

En las parejas infértiles, el soporte social (de la pareja, padres, familia y amigos), cuando es bajo se asocia a peor ajuste psicológico.<sup>12</sup> Hay estrés, y es necesario “envolver” al hombre, su participación en los tratamientos de infertilidad y en las intervenciones de consejo.



En un estudio,<sup>13</sup> se vio que expresar los sentimientos sobre la infertilidad, por escrito, mejora el distress, aunque socialmente sea inaceptable.

Podemos establecer una lista de razones para no tener hijos:

1. No quieren renunciar a su libertad, a su carrera profesional, a su estilo de vida.
2. No tienen instinto maternal, no les gustan los niños.
3. Responsabilidad de la crianza, no se consideran capaces.
4. Economía y nivel de vida (el primer año de la vida de un niño cuesta de 6.000 a 11.000 euros).
5. Si el hijo es la prioridad, ya no diriges tu propia vida.
6. No sin pareja, una sola no puede con todo.
7. Porque no quieren tener niños.
8. Escasas ayudas económicas, y cambio de valores.
9. Retraso en la edad de concebir, lindando la imposibilidad.

Si observamos en la tabla 3, las razones dadas por nuestras pacientes, las más importantes corresponden a los títulos 6, la falta de pareja adecuada, globalmente en 37,24%, y el título 7, la decisión personal definitiva en 40,68%.

Se han estudiado los determinantes psicológicos de intención de la mujer en retrasar el nacimiento de un niño hasta después de los 35 años.<sup>14</sup> Influyen en la decisión:

- Actitudes: completar estudios o establecer una carrera profesional, oportunidades de viajar, situación financiera estable, tiempo para estar segura y tener la persona adecuada.
- Presiones de otros.
- Autoconfianza percibida.
- Remordimiento anticipado negativo.

Las jóvenes piensan que tienen invulnerabilidad, y no cuentan con la disminución de la fertilidad con la edad. Para prevenir, habría que investigar la fertilidad en la época reproductiva.

Influye la personalidad en el ajuste ante la infertilidad.<sup>15</sup> Así, en la mujer, el neuroticismo se asocia a gran estrés. En el hombre, la personalidad no tiene relación con el estrés, éste se debe más a aspectos sexuales y relacionales. El hombre tiene mayor capacidad de manejo interno. Las mujeres mayores tienen menor visión negativa de la vida sin niños.

En el estudio alemán referido antes,<sup>5</sup> las mujeres aceptaban la inseminación artificial, homóloga y heteróloga, antes que la adopción (en 1/3 la rechazaban).

La mujer con más autocompasión es la que la acepta. Y en 11% aceptaban tener una madre subrogada, pero estas cifras han cambiado 25 años después. Existiendo factores médicos y psicosociales para no tener hijos, aún estando a favor de las TRA globalmente en 78,62%, sólo recurrieron a ellas en 10,34%, en mayoría por motivos económicos. Y aun así, los resultados fueron fallidos.

Finalmente, respecto al deseo de ser madre en el futuro, el 42,06% NO lo tenían. Y lo han indicado claramente, con razones como: no han querido, no era el momento ni la persona adecuada, y problemas: divorcio, malos tratos, familia desestructurada, adulterio, etc.

En conclusión: dejando aparte los problemas médicos, hay que insistir en que psicosocialmente, la mujer es más libre actualmente, ya no es preciso ni casarse ni tener hijos (que con dificultades podrían conseguirse gracias a las TRA). No todas tienen instinto maternal, algunas deciden personalmente no arriesgarse; su prioridad es su vida, su carrera profesional, otras implicaciones, etc. Y están en su derecho. No por ello la especie va a resentirse.

Financiamiento:

El estudio no ha recibido ninguna fuente de financiación externa.

Conflicto de interés:

El autor declara no tener conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Memoria de partos. Hospital Universitario La Fe de Valencia.
2. Generalitat. Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Unió Europea. 2016. Disponible en <http://www.pegv.gva.es/temas/demografiapoblación/indicadores-demograficosbasicos/asset-publisher>.
3. López-Olmos J. Miomas y función sexual. Estudio prospectivo de 1 año. Clin Invest Ginecol Obstet. 2011; 38: 74-88.
4. Facchin F, Barbara G, Dridi O, Alberico D, Buggio L, Somigliana E, Saita E, Vercellini P. Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. Hum Reprod. 2017; 32: 1855-1861.
5. Bruckert E. How frequent is unintentional childlessness in Germany? Andrologia. 1991; 23: 245-250.
6. Gameiro S, Van Der Belt-Dusebout W, Bletker E, Braat D, Van Leeuwen FE, Verhaak CM. Do children make you happier? Sustained child-wish and mental health in women 11-17 years after fertility treatment. Hum Reprod. 2014; 29: 2238-2246.

7. Begum BN, Hasan S. Psychological problems among women with infertility problem: a comparative study. *J Pak Med Assoc.* 2014; 64: 1287-1291.
8. Podolska MZ, Bidzan M. Infertility as a psychological problem. *Ginekol Pol.* 2011; 82: 44-49.
9. Hoff HS, Crawford NM, Mersereau JE. Screening for psychological conditions in infertile women: provider perspectives. *J Women's Health.* 2017; o: 1-7.
10. Sormunen T, Aanesen A, Fossum B, Karlgren K, Werterbotn M. Infertility-related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility. *J Clin Nursing.* 2018; 27: e335-e344.
11. Cunha M, Galhardo A, Pinto-Gouveia J. Experimental avoidance, self-compassion, self-judgement and coping styles in infertility. *Sex & Reprod Healthcare.* 2016; doi 10.1016.
12. Martins MV, Peterson BD, Almeida V, Mesquita-Guimaraes J, Costa ME. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Hum Reprod.* 2014; 29: 83-89.
13. Frederiksen Y, O'Toole MS, Mehlsen MY, Hauge B, Ezbaek HO, Zachariae R, Ingerslev HJ. The effect of expressive writing intervention for infertile couples: a randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2017; 32: 391-402.
14. Kearney AL, White KM. Examining the psychosocial determinants of women's decisions to delay childbearing. *Hum Reprod.* 2016; 31: 1776-1787.
15. Silva-Lopes VM, Pereira-Leal IM<sup>a</sup>. Personality and emotional adjustment in infertility. *J Reprod Med.* 2012; 57: 153-158.