

01763



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Título:**  
**SEXUALIDAD Y ANSIEDAD EN LA PAREJA INFECUNDA:  
UN ANALISIS COMPARATIVO.**

Tesis que para optar por el grado de  
**MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA**

Presenta:  
**LIC. A. SOLANGE MATARASSO SISSA**

*Angela*

**Sinodales:**

**Director de tesis:** Mtra. Maria Elena Medina Mora  
Dr. Raymundo Macias  
Dra. Celia Diaz de Mathmann  
Dra. Isabel Reyes Lagunes  
Mtra. Patricia Andrade Falos



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# INDICE

INTRODUCCION .....	13
ANTECEDENTES.....	33
I. El Diagnóstico Médico.....	35
Factores que afectan la fecundidad.....	38
Interrogatorio de la mujer.....	45
Interrogatorio del varón.....	48
Valoración de la mujer.....	49
A. Factores hormonales.....	49
B. Factores cervicales.....	50
C. Estado del útero.....	51
D. Factor peritoneal, permeabilidad y función tubarias.....	53
E. Detección de la ovulación.....	58
Valoración de los factores del varón.....	62
A. Semen normal.....	66
Compatibilidad inmunológica.....	73
Duración de la investigación y tratamiento.....	75
II. El Tratamiento Médico.....	77
El tratamiento médico para las mujeres.....	80
A. Fallas en la ovulación.....	80
B. La obstrucción tubaria.....	85
C. La endometriosis y la infertilidad inexplicada.....	86
El tratamiento médico para los hombres.....	88
III. Infertilidad "Inexplicada" e Infertilidad "Psicógena".....	91
La infertilidad inexplicada.....	94
La infertilidad psicógena.....	97
IV. Factores Psicológicos en la Infecundidad.....	103
Remitiéndose a las pruebas estadísticas.....	110
A. Los que sostienen que no hay factores psicológicos que inciden en la infertilidad.....	111
B. Los que encontraron factores psicológicos que diferencian a las mujeres infértiles de las fértiles, pero consideran que dichas diferencias no son de importancia.....	113
C. Los que consideran que sí hay factores psicológicos de importancia en la infecundidad.....	117
V. Una Perspectiva Psicodinámica.....	135
Psicopatología de la infertilidad en la mujer.....	137
Un caso clínico.....	159
Psicopatología de la infertilidad en el hombre.....	163
Una viñeta clínica.....	172
VI. Sexualidad e Infertilidad.....	173
Sexo por placer y sexo por deber.....	177
Anorgasmia e infecundidad.....	181
La sexualidad masculina en la infecundidad.....	183
Un caso clínico de impotencia.....	189
La sexualidad femenina en la infecundidad.....	191
La sexualidad de la pareja infecunda.....	199
Diferencias sexuales entre hombres y mujeres.....	201
Valoración de la vida sexual de la pareja infértil.....	204

VII. Ansiedad e Infertilidad.....	209
A. Sorpresa, negación y cólera.....	212
B. El aislamiento.....	213
C. La culpa.....	217
D. Aflicción.....	219
E. Ansiedad.....	224
F. Resolución.....	227
G. La alternativa terapéutica.....	228
<b>METODLOGIA</b>	
I. Metodología.....	233
A. Problema.....	235
B. Definición de variables	
a). Variables independientes.....	235
b). Variables dependientes.....	236
C. Validez de las variables dependientes.....	237
D. Hipótesis	
a). Hipótesis de trabajo.....	244
b). Hipótesis de nulidad.....	244
E. Diseño.....	245
II. Método	
A. Sujetos.....	246
B. Alcances y limitaciones.....	248
C. Instrumentos.....	249
D. Procedimiento.....	252
E. Análisis estadístico.....	255
<b>RESULTADOS</b>	257
I. Tabla No. 1.....	260
Análisis estadístico de las principales variables en que no se encontraron diferencias significativas entre sujetos fértiles e infértiles.....	261
II. Tabla No. 2.....	264
Análisis estadístico de las variables en que se encontraron diferencias significativas entre sujetos fértiles e infértiles.....	265
a). Diferencias entre mujeres fértiles e infértiles, imputables al factor fecundidad.....	266
b). Diferencias entre hombres fértiles e infértiles, imputables al factor fecundidad.....	269
c). Diferencias entre parejas fértiles e infértiles, imputables al factor fecundidad.....	272
d). Diferencias entre hombres fértiles e infértiles, imputables al tiempo de vivir en pareja.....	276
III. Tabla No. 3.....	277
Análisis estadístico de las variables en que se encontraron diferencias entre hombres y mujeres.....	278
<b>DISCUSION</b> .....	283
I. La sexualidad.....	286
II. Ansiedad.....	300
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	309
<b>ANEXO No. 1</b> .....	323

# INTRODUCCION

Generalmente se da un intervalo entre el tiempo en que una pareja decide concebir y el momento en que de hecho concibe. Existen defectos conocidos y desconocidos que pueden alargar este lapso de tiempo. En algunas instancias, la concepción no ocurrirá hasta que el defecto haya sido removido o la condición haya sido mejorada por un tratamiento médico. En otros casos, el defecto presente hace imposible la concepción y éste no puede ser alterado por ningún tratamiento médico conocido. Estas parejas pueden considerarse estériles.

El porcentaje de parejas que llega al final del periodo procreativo sin hijos, constituye la tasa de infertilidad terminal. Estas parejas pueden ser clasificadas en cuatro grupos:

1. Los que renunciaron voluntariamente a los hijos;
2. Los estériles por defectos que hicieron la concepción imposible;
3. Aquéllos con defectos que reducen pero no cancelan la posibilidad de concebir y
4. Aquéllos sin defectos aparentes que todavía no conciben.

En un intento por investigar la incidencia de la infertilidad en el mundo occidental, Weir y Weir (1961) analizaron datos de varias fuentes, representativos de la historia natural de esta condición de vida.

Concluyen los autores que, sobre la base de datos publicados e inéditos, un promedio del 12% de las parejas americanas serán infértiles al final de su periodo reproductivo si no reciben tratamiento médico alguno.

Walker (1978) considera que este índice es del 10%, en tanto que Menning (1982) sugiere que se trata de un 15%.

Independientemente de la variación de opiniones en cuanto a la tasa terminal de infertilidad, puede decirse, casi con entera seguridad, que en un 50% de los casos de esterilidad, el problema es exclusivo de la mujer; en un 40% exclusivo del hombre y el 10% restante es de origen desconocido (Trepanier, 1985).

El conocimiento acerca de las causas de la infertilidad es aún muy precario, pues es sólo en los últimos 40 años que los ginecólogos, urólogos, científicos y muy recientemente psiquiatras, empezaron a colaborar en la búsqueda de soluciones a este problema.

Por fortuna, en la actualidad se han dado importantes pasos en el tratamiento de la infertilidad. Ahora se estima que al menos la mitad de los problemas de infertilidad pueden diagnosticarse y tratarse por medios tanto médicos como quirúrgicos.

Estos avances, que datan de las últimas 2 décadas, pueden atribuirse al conocimiento más profundo de la fisiología de la reproducción y a mejores técnicas de diagnóstico, empleo más extenso de la endoscopia pélvica, nuevos fármacos y métodos quirúrgicos más refinados.

Algunos de los especialistas más renombrados declaran un porcentaje de curación en más del 60 o 70% de los casos (Menning, 1982). Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento no se realiza sin un significativo desembolso emocional y financiero, que algunas veces requiere de muchos años de esfuerzo y de sometimiento a numerosas opiniones por parte de expertos en la materia antes de que se produzca el nacimiento del bebé.

Para aproximadamente un 5% de las parejas, concebir y llevar un embarazo hasta el nacimiento sera imposible. Esta población representa una minoría que no tiene, en muchos casos, ni enfermedad física ni mental; padecen lo que algunos han denominado "una condición social": esterilidad involuntaria. Esta condición lleva a una considerable disminución de su bienestar físico, psicológico y de calidad de vida.

Es importante hacer notar que estas cifras resultan un tanto relativas, pues el índice de esterilidad va en aumento en



todo el mundo, como resultado de un número de factores sociológicos, médicos y medioambientales. Uno de los más importantes es la tendencia a casarse tarde y a quedar embarazadas las mujeres en la década de los 40's.

Todos los grupos religiosos de peso proponen a la procreación como una realización necesaria del matrimonio. La doctrina bíblica de crecer y multiplicarse significa el principio cardinal del mismo. En el reino cívico de la sociedad, la función vital de la familia es reproducirse y, por lo tanto, la ausencia de hijos significa disfunción y desorganización. La creencia de que la paternidad es vista por la sociedad como la función más importante de la unión marital, contribuye a un fuerte sentimiento de fracaso para aquellas parejas que sufren de una ausencia involuntaria de hijos.

Siegler (1944), Guttmacher (1953) y Cianfrani (1960), describieron hábilmente los aspectos históricos, religiosos y mitológicos de la infertilidad. Aún en nuestra sociedad moderna -y a pesar de los temores relacionados con la sobreproducción- la ausencia de hijos es causa de mucha angustia y de infelicidad marital (Israel, 1959 y Kaufman, 1969).

La unidad de estructura de nuestra civilización y nuestra

forma democrática de vida es el grupo familiar, "a través del cual se preserva nuestro concepto de humanidad" (Mead, 1949).

La sociedad ha acumulado grandes provisiones de conocimiento para guiar a los seres humanos hacia determinadas responsabilidades como miembros de la misma. Por lo tanto, dentro de la unidad de una familia normal, el joven aprende que cuando él crezca y se case, será su responsabilidad proveer de comida y refugio a su mujer y a sus hijos, para ser así un miembro hecho y derecho de la sociedad. Por el otro lado, la mujer tiene que aprender a cumplir con el deseo de tener hijos bajo ciertas condiciones específicas, prescritas socialmente.

Por consiguiente, en el calor y seguridad de la unidad familiar, el niño y la niña aprenden que el modo de vida ideal -aquél por el cual sus propias necesidades han sido adecuadamente satisfechas- es la propia unidad familiar. Lógicamente, entonces, cuando crecen y se casan, el tener hijos será, inevitablemente, su posibilidad de tener su propia unidad familiar.

En nuestra cultura orientada hacia la familia, la mujer entiende que el matrimonio incluye la maternidad y la carencia de hijos significa un fracaso en el cumplimiento de

su rol femenino.

Por su lado el marido, al pendiente de su papel de hombre maduro de sociedad, puede considerar su fracaso para impregnar a su esposa de forma semejante, es decir, con su masculinidad puesta en juego.

Como resultado, la pareja sin hijos puede interpretar su falta de criaturas como una "evasión de responsabilidad" desde el punto de vista de la sociedad. El fracaso para cumplir con los preceptos sociales puede terminar en ciertas sanciones, reales o imaginarias.

Las enseñanzas del Antiguo Testamento y la tradición desde las primeras civilizaciones pueden contribuir a la idea de que la persona estéril (particularmente la mujer), ha perdido el estado de gracia y que está siendo castigada por poderes superiores.

No obstante lo anterior, puede decirse que la sociedad tolera con mucha más facilidad los "problemas de la mujer" en un estadio de infertilidad. La mayoría de las mujeres que acuden a una evaluación clínica para la fertilidad, puede hablar al respecto con entera libertad a sus amigos, relatando los resultados de las distintas pruebas a que son sometidas. Sin embargo, un hombre con problemas de

infertilidad queda comúnmente sujeto a prejuicios y mojigaterías. Esta reacción es tan intensa y prevalente, que la pareja puede incluso rehusarse a reconocer cualquier responsabilidad del hombre en su situación de infecundidad.

De hecho, el trabajo médico de investigación de la infertilidad empieza por el examen ginecológico de la mujer y el urólogo y el marido son incluidos mucho tiempo después (Walker, 1978), a pesar de existir estudios, como el de Amelar, Dubin y Walsh (1977), donde se reporta que la disfunción sexual masculina, por ejemplo, es la causa primaria o una de las más importantes en un 10% de los casos de infecundidad.

Con relación a este problema, Moghissi (1979) manifiesta que es de capital importancia el estudiar y tratar a la mujer y al varón infecundos simultáneamente debido a que, aunque socialmente prefiera negarse, está perfectamente claro que alrededor de un 40% de los casos de infertilidad dependen directamente del hombre.

Es llamativo detectar que los conocimientos del proceso reproductor del varón no han ido a la par con los de la mujer y el tratamiento de la infecundidad en el hombre sigue siendo empírico en casi todos los casos (Murphy y Torrano, 1965). El interés por la fisiología reproductora masculina y

la introducción de métodos de diagnóstico, tratamiento y técnicas microquirúrgicas para corregir defectos anatómicos del aparato reproductor del varón son muy recientes.

Ahora bien, así como se ha hecho una escisión importante en el estudio de las causas de la infecundidad, dejando afuera por mucho tiempo la participación del varón, existe también una anulación de los factores psicológicos vinculados con este campo. Tradicionalmente, los trabajos de infertilidad se han centrado exclusivamente en las causas médicas. Los problemas sexuales y psicológicos de la pareja infértil han sido frecuentemente pasados por alto o rechazados a sabiendas por los clínicos y practicantes y es hasta los últimos 15 años que ha empezado a crecer el interés por estos factores.

Un ejemplo claro de esta situación es la afirmación hecha por Moghissi (1979), quien plantea que en el 10% de los casos en que no puede identificarse una causa específica del origen de la infecundidad, el problema es debido a lo inadecuado de los conocimientos actuales sobre el tema y a las técnicas de diagnóstico, más que a causas determinadas por factores psicológicos y que, al conocer mejor los procesos de reproducción del ser humano en el varón y la mujer y al mejorar las técnicas diagnósticas, se podrá descubrir el origen de la infecundidad en un porcentaje cada

vez mayor.

De esta manera, este autor cancela las posibilidades de que la infecundidad pueda tener una base psicogenética.

Noyes y Chapnick (1964) y Mai (1969) revisaron la literatura existente hasta el momento de sus respectivas publicaciones, concerniente a aspectos psicológicos en la infertilidad. Ambas revisiones demostraron que, a pesar de que había una considerable cantidad de literatura en este campo, gran parte de ella resultó ser especulativa y anecdótica. Los estudios clínicos fueron obtenidos con resultados muy disímiles.

Ford, Forman y Wilson (1956) y Nesbitt, Hollender, Fisher y Osofsky (1968) mostraron que la mujer infértil experimenta conflictos acerca de su feminidad, en tanto que Sturgis, Taylor y Morris (1957) y Morris y Sturgis (1959) demostraron que la mujer infértil experimenta miedo asociado con la reproducción. Eisner (1963) encontró que las mujeres infértiles exhiben más disturbio emocional en los protocolos de Roschach que las mujeres fértiles y que las primeras proporcionan más respuestas esquizoides en sus protocolos.

Rommer y Rommer (1958), Sandler (1968) y Dawkins y Taylor (1961) encontraron que la mujer infértil tiene desajustes

psicosexuales variados, en tanto que Morris y Sturgis, (1959) y Abse (1966) hicieron observaciones similares sobre hombres infértiles.

Rogers (1966) observó que las drogas psicotrópicas fomentaban la fertilidad en mujeres infértiles, con lo que sugirió una mayor incidencia de perturbaciones psicóticas en las mujeres de este grupo.

Por otro lado, autores como Wittkower y Wilson (1940), Labandibar y Benzecry (1959), Kostic y Mladenovic (1960) y Seward, Wagner, Heinrich Bloch y Myerhoff (1965) llegaron a la conclusión de que no había esencialmente ninguna relación entre factores psicológicos e infertilidad.

Hay múltiples explicaciones posibles para entender esta gran variedad de resultados: pocos de los estudios investigan exactamente las mismas variables e incluso cuando las variables son similares, las medidas usadas son, por regla general, diferentes. Ningún estudio ha replicado exactamente los hallazgos positivos observados previamente. Además, estos estudios emanan de países muy diferentes, aunque en la mayoría de los casos se trata de sujetos caucásicos; algunas de las diferencias en los resultados pueden derivar, por lo tanto, de variables étnicas y culturales.

Puede decirse también, que se ha hecho poco énfasis en el estudio de la infertilidad "inexplicada". Si bien esto es comprensible, puesto que esta categoría comprende sólo a un 10% de las parejas infértiles (y este estrechísimo foco puede distraer la atención de los problemas de la mayoría), debe tener, de todos modos, un campo más amplio en la mira de las investigaciones.

También es muy poco lo que se sabe acerca de la infertilidad en la relación marital (Bierkens, 1975) o en su impacto sobre el partner masculino.

Por otro lado, la mayoría de los estudios experimentales (como opuestos a los reportes clínicos anecdóticos) en el ajuste psicosocial de los individuos estériles, han estado más relacionados con factores psicológicos vinculados a la etiología de la infertilidad, que con las secuelas psicológicas de la misma.

Es claro que aparte de cualquier factor psicopatológico que pueda contribuir al desarrollo de la infertilidad, la ausencia de hijos es, en sí misma, un factor asociado con la angustia.

A pesar de que la pareja sin hijos es más aceptada en las sociedades modernas, el grupo de las parejas infértiles vive



lo que ellos consideran como "la presión social de ser padres".

Los griegos hablaban de la vida de una mujer como una serie de "climaterios" de siete años de duración cada uno. Los primeros siete correspondían a la infancia. Los segundos marcaban el final de la pubertad y la menarca. Los terceros aludían a la mayoría de edad. De hecho hasta la fecha, los 21 años tienen una cualidad cultural importante. El cuarto ciclo de siete años era para la maternidad, hasta llegar al séptimo ciclo, la edad de la menopausia y algunas veces el final de la vida. En la Grecia antigua, el promedio de vida era alrededor de los 49 años.

Estas enseñanzas han dejado fuertes impresiones en nuestra cultura. Una de ellas es el rol de la maternidad entre los 21 y 28 años. En los tiempos modernos se ha alargado este periodo hasta los 30s. Por lo tanto, hay una enorme presión para que la mujer responda a las necesidades de la maternidad en los años designados.

Cuando una mujer y su compañero empiezan a darse cuenta de que quizás nunca tengan un hijo, se desarrolla un estado emocional que puede ser llamado "la crisis de la infertilidad" (Taymor y Bresnick, 1978).

La infecundidad se queda como una experiencia profundamente angustiante y puede formar el núcleo de una psicopatología posterior. La procreación se vuelve una urgencia psicobiológica y el proceso involucra íntimamente a la relación del hombre y la mujer, su identidad sexual y su realización emocional (Mai, 1978).

Para la mayoría de las parejas infecundas, vivir sin una "familia real" es sentido como algo atípico, que rompe la armonía del vínculo (Abarbanel y Bach, 1959).

Coughlan (1957), notó que en Australia había una relación inversa entre divorcio y número de hijos, siendo mayor el índice de divorcios en las parejas sin hijos.

Schellen (1977) hizo observaciones similares, quien además refirió que el suicidio en las parejas infértiles es aproximadamente el doble de frecuente que en las parejas con descendencia.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento tienen un profundo impacto en la vida de las personas. Es un proceso que invade al propio cuerpo, la personalidad, el trabajo y la mente. Normalmente los diagnósticos son vagos e inconcluyentes y el tratamiento es doloroso, intrusivo y consume mucho tiempo.

Las respuestas emocionales más comunes son la depresión, debida a las múltiples pérdidas y prolongada ansiedad; enojo frente a la confusión, ambigüedad y sentimientos de ser tratado injustamente por la vida, además de una intensa culpa por ser infértil y por tener un estado de irritación permanente.

El dolor asociado con la infertilidad ha sido comparado con el dolor causado por la muerte de un hijo. Sin embargo, se trata de un niño que nunca nació y para el cual no hay funeral, lo que dificulta a la pareja en juego la posibilidad de hacer una elaboración adecuada del duelo (Mahlstedt, 1985).

El grado en que las respuestas emocionales llegan a incapacitar a un individuo o a una pareja depende de muchos factores: la estructura mental de cada uno de los cónyuges; la importancia del hijo para la identidad de ambos miembros de la pareja; su habilidad para comunicarse; la actitud de las otras personas involucradas, particularmente médicos y su equipo de apoyo y la comprensión de la familia y los amigos.

A muchas parejas infértiles les parece que nadie puede comprender del todo la experiencia por la cual están pasando. Generalmente, este tipo de sentimientos se confirma

por aquéllos que tratan de ofrecer un consejo bien intencionado, como los siguientes:

"Me parece que lo que les sucede es que están tratando mucho".

"Trata de no pensar en eso y ya verás...".

"Váyanse a Hawai".

"¿Por qué no adoptan?".

"Mi tía trato con té de la gobernadora..."

De la superstición a la necedad, estas sugerencias suelen no hacerle ninguna gracia a las parejas infértiles. Más aun, la pareja puede agrandar su sentimiento de aislamiento de fuentes potenciales de apoyo.

Los matrimonios infecundos sienten, frente a este tipo de situaciones, más que ayuda, vergüenza, futilidad, vacuidad e inferioridad. Por esta razón, no cabe la sorpresa de que muchas personas de este grupo se sometían voluntariamente a estudios prolongados de diversos tipos y a múltiples métodos diagnósticos y de tratamiento médico y quirúrgico.

Estos tratamientos implican varios meses para determinar si una mujer ovula y si sus ovarios, trompas de falopio y útero son normales. Los médicos tratan generalmente de inducir la ovulación con citrato de clomifeno. Si el clomifeno no funciona, pueden utilizarse las gonadotrofinas. Una mujer

sometida a este tratamiento tiene que ver a su doctor diariamente, durante los primeros 10 a 14 días del ciclo. En estos casos, la mujer tiene que recibir una inyección de gonadotropina en cada visita médica, además de exámenes sanguíneos y un examen pélvico en cada sesión. La sangre se analiza para tener los registros de estradiol, que dan información acerca de cómo están funcionando los ovarios, en tanto que el examen pélvico sirve para tener un registro apropiado del moco cervical.

También es probable que la mujer tenga que acudir diariamente, a partir del octavo o noveno día de su ciclo, a estudios ecosonográficos que determinen el crecimiento folicular y den un dato más aproximado sobre el día preciso de la ovulación. De tener ciclos exactos, una mujer podrá ir a cinco o seis visitas ecosonográficas por mes, sin embargo, este periodo puede alargarse.

"Este proceso se repite mes con mes, hasta que la mujer queda embarazada o se queda sin dinero" (Kolata, 1978). El proceso es muy caro si se toma en cuenta el costo de la consulta médica, las ultrasonografías, los análisis sanguíneos y los medicamentos. Todo esto, sin contar el riesgo que corre la mujer de producir varios óvulos por la sobreestimulación y tener un embarazo múltiple que no pueda contener y que la lleve a un legrado necesario.

Es claro, por lo tanto, que la pareja infecunda requiere de ayuda psicológica, además de la usual ayuda médica.

El propósito de este estudio es el de analizar algunos aspectos tanto psicológicos como de respuesta sexual de las parejas infértiles, con el fin de determinar sus cualidades y de desarrollar posibles técnicas que puedan ayudar a aliviar, en la medida de lo posible, el dolor emocional por el que tienen que atravesar, desde el momento de reconocimiento de su situación hasta el virtual estado de elaboración de la misma.

Es sorprendente que en nuestro país no se hayan encontrado más que dos estudios relacionados con este campo: El de Izaurreta (1980) y el de Zárata y Moscona (1985). Este último, constituye una mala traducción de artículos previos escritos en los Estados Unidos por Menning (1980, 1982) y tiene más la forma de un plagio que de un aporte original y adaptado a la realidad social, económica y cultural de México.

**ANTECEDENTES**

# I. El Diagnostico Medico



La infecundidad o infertilidad denota la incapacidad de procrear, en tanto que esterilidad describe el estado de una persona cuya incapacidad reproductora se ha vuelto irreversible (Moghissi, 1979).

Trepanier (1985) define la infertilidad como la inhabilidad para concebir después de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva alguna. Esto significa hacer el amor en cualquier día al rededor del tiempo de la ovulación por 12 ciclos menstruales.

De acuerdo con este autor, las parejas sin hijos sufren de esterilidad primaria, en tanto que la infertilidad secundaria incluye a parejas que tienen dificultad para concebir un segundo hijo y aquéllas con una historia de tres o más abortos.

Si bien los abortos suelen ocurrir en la población fértil, la presencia de casos repetidos es una señal inequívoca de dificultades en la fecundidad.

FACTORES QUE AFECTAN LA FECUNDIDAD

Se conocen varios factores que afectan la fecundidad y entre ellos están: edad, duración del periodo de actividad sexual, frecuencia del coito y factores nutricionales y del ambiente.

En la mujer, la capacidad reproductora es máxima entre los 21 y los 24 años y después de este lapso disminuye poco a poco. La máxima fecundidad del varón está entre los 24 y los 25 años.

Prácticamente a cualquier nivel de edad, la proporción de concepciones logradas en menos de 6 meses aumenta con la frecuencia del coito. Más del 60% de los matrimonios fecundos logran el embarazo en un término de tres meses de intentarlo y más del 85% en término de doce meses. A partir de esa fecha, independientemente de la edad de cualquiera de los cónyuges o de la frecuencia del coito, el índice de concepción disminuye paulatinamente mientras más tiempo persista el estado de infecundidad.

Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad no debe basarse en un periodo arbitrario de incapacidad para concebir. Casi todos los médicos prefieren retardar la valoración minuciosa de la pareja infecunda hasta que

hayan transcurrido cuando menos 12 meses de actividad sexual constante. Trepanier (1985) sugiere reducir a 6 meses este lapso en las mujeres cerca de los 30 años, debido a que la infertilidad se incrementa después de la primera mitad de los 20s.

Apoyando esta idea, Moghissi (1979) también propone que las parejas de mayor edad, aunque se hayan casado en fecha reciente, recurran a una investigación temprana. Sin embargo, este autor no especifica a qué se refiere con "mayor edad", ni qué tan temprana debe ser esa investigación.

Durante los últimos 20 años se han hecho progresos significativos en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Los métodos sofisticados de diagnóstico y el poder de las drogas para inducir la ovulación, así como la introducción de la microcirugía, han logrado revertir la infertilidad en un 30 a 85% de las parejas tratadas (Grant, 1969; Insler y Lunfeld, 1977; Dor, Homburg y Rabau, 1977 y Gomel, 1975).

Por otro lado, es bien sabido que incluso en pacientes con una infertilidad de larga duración, pueden ocurrir embarazos espontáneos. Los procedimientos diagnósticos tales como las prueba postcoito -practicadas durante el periodo

preovulatorio- la insuflación tubaria o la histerosalpingografía pueden resultar en una concepción antes de que se haya instituido tratamiento alguno. Grant (1969) estima que la frecuencia de estos embarazos es superior al 30%.

Debido a lo anterior y a que en aproximadamente 40% de las mujeres se logra un embarazo espontáneo dentro de los seis meses posteriores a una histerosalpingografía normal (Horbach, Maathuis y Van Hall, 1973) y 30% dentro de un año posterior a una laparoscopia normal, Van Hall y Trimbos-Kemper (1982) proponen que es mejor esperar por lo menos seis meses después de haber efectuado ambos procedimientos antes de proceder a delimitar un diagnóstico o tomar medidas terapéuticas, cuando los resultados han sido normales.

Se han vinculado los elementos de contaminación ambiental, sustancias químicas y calor excesivo, con los trastornos de la fecundidad, especialmente en el varón.

El tabaquismo y el etilismo en demasía se han propuesto también como causas de la incapacidad reproductora del varón y la mujer. Se piensa que el tabaquismo se acompaña de retardo del crecimiento intrauterino y un número mayor de abortos en la mujer, así como oligoastenospermia en el

varón. Tokuhata (1968) reporta una relación directa entre el tabaquismo y la infertilidad en mujeres.

Debe recordarse que el abuso de drogas no está restringido a grupos de un nivel socioeconómico determinado. Las drogas, especialmente la marihuana, la cocaína y los sedantes tales como los barbitúricos, se usan en cantidades que van francamente en aumento en el mundo entero (Walker, 1978), por lo que siempre debe indagarse su ingestión en la investigación de la infecundidad, tratándose del paciente que sea.

En la actualidad se considera que una de las drogas de las que más se abusa en el mundo es el alcohol. Cada vez existe más gente joven que recurre al abuso de este producto -se trate de hombres o mujeres- lo cual puede llevar a puntos extremos de impotencia (Walker, 1978). El alcoholismo también se ha relacionado con la anovulación, espermatogénesis defectuosa y anomalías congénitas (síndrome de alcoholismo fetal).

Debido a que el alcohol es una droga aceptada social y legalmente, muchas veces se pierde la indagación acerca de su consumo cuando se recolecta la historia clínica de un paciente infértil, aunque esta situación pueda ser directamente responsable de un episodio de infertilidad.

Se ha detectado también que, en varones que fuman regularmente marihuana, aparece una disminución en la testosterona sérica, un bajo número de espermatozoides, impotencia e infertilidad temporal.

Un ejemplo dramático del efecto de la exposición a drogas son los hijos e hijas de las mujeres que utilizaron dietilestilboestrol (DES), que están entrando en los años de fecundidad y a quienes se les ha encontrado una incidencia elevada de anomalías en el aparato reproductor e infertilidad. Se estima que, entre 1940 y 1970, DES fue recetado a más de 6 millones de mujeres. La mitad ignora su exposición (Menning, 1982).

De acuerdo con Trepanier (1985) hay tres componentes básicos para una concepción exitosa:

- células espermáticas y ovulares sanas,
- un recorrido limpio entre el espermatozoide y el óvulo y
- una implantación segura en el endometrio.

Una falla en el proceso en cualquiera de estas áreas, puede afectar la emergencia de la concepción.

Sin embargo, Karow (1982) con una óptica un tanto distinta, considera que el problema de la infertilidad existe sólo en el contexto de una unidad reproductiva, una unidad que

consiste en:

- un espermatozoide competente,
- un óvulo competente y
- un ambiente uterino competente.

La competencia de estos componentes es mutuamente dependiente. La infertilidad existe cuando cualquiera de esos componentes de la unidad es deficiente a tal grado que los otros dos componentes restantes no puedan compensar la deficiencia del primero.

Emperaire, Gauzere-Soumireu y Audebert (1982) han demostrado la habilidad de los distintos componentes para compensar la competencia marginal de algún otro componente: una mujer altamente fértil y un hombre marginalmente fértil pueden formar una unidad reproductiva fértil, en tanto que el mismo hombre y una mujer normalmente fértil pueden formar una unidad reproductiva infértil. Presumiblemente, hombres altamente fecundos pueden compensar una deficiencia relativa en uno de los otros componentes de la unidad reproductiva.

Esta postura influye significativamente los conceptos de infertilidad. Visto de esta manera, la infertilidad es un problema de una unidad reproductiva específica, más que un problema que caracteriza a un componente único de la unidad (Karow, 1982).

Actualmente se considera que 40% de los casos de infertilidad son imputables al hombre, 50% a la mujer y un 10% se mantiene sin diagnóstico (Fogel y Woods, 1981). Sin embargo, Trepanier (1985) considera que el número de casos que involucran a ambos miembros de la pareja como responsables de la infertilidad va creciendo día a día.

El paso más importante en la identificación y estudio de la pareja infecunda es el interrogatorio minucioso.



INTERROGATORIO DE LA MUJER

La mujer debe ser interrogada lo mejor posible sobre la duración de la infecundidad; duración y tipo de las prácticas anticonceptivas (si las hubo); experiencias sexuales y reproductoras previas; antecedentes obstétricos; características de la menstruación e historia ginecológica y antecedentes médicos y quirúrgicos.

Entre los antecedentes sexuales están la frecuencia del coito, técnicas y prácticas antes y después del acto sexual, actividades extramaritales y ajustes y compatibilidad sexual.

También deben comentarse los hábitos particulares relacionados con el consumo de fármacos, bebidas alcohólicas y tabaco. Algunos productos, como los derivados de la fenotiacina y fármacos psicotrópicos, pueden interferir en la menstruación y la ovulación (Moghissi, 1979).

De acuerdo con este último, los antecedentes familiares incluyen factores que pueden influir de manera significativa en la capacidad de reproducción y los que pueden alterar el feto. Entre ellos están: anomalías gonadales y reproductoras en padres y hermanos; enfermedades endócrinas y metabólicas y enfermedades hereditarias como

drepanocitemia y rasgo de Tay-Sachs.

Por último, debe investigarse si se han practicado algunas pruebas o estudios de la infecundidad. De haberse realizado, es altamente probable que éstos hayan sido inadecuados o incompletos, o bien, que se hubieren detectado factores específicos donde el tratamiento fracasó o, que tales estudios no hayan logrado dar una explicación al problema actual de la pareja.

Moghissi (1979) considera que en el diagnóstico de la infertilidad existen omisiones frecuentes que pueden ser graves, tales como: análisis del semen hechos en forma incompleta; no hacer las pruebas postcoito o haber hecho una interpretación errónea de las mismas o laparoscopias o histerosalpingografías mal hechas (por lo regular por radiólogos) donde, por ejemplo, no logran advertirse endometriosis relativamente graves porque el operador no desplaza los órganos pélvicos ni explora diversas estructuras en el curso de una laparoscopia o bien, en los reportes no aclaran si las trompas de falopio se estudiaron por introducción de un material coloreante.

A menudo es importante incluir en el interrogatorio las prácticas culturales o religiosas de la paciente. Por ejemplo, algunas judías ortodoxas pueden no concebir porque

tal vez ovulen durante los siete días de abstinencia rigurosa después de cesar la menstruación.

Rutledge (1979) dice que en la valoración de la pareja infecunda, además de los problemas corrientes sobre fisiología de la reproducción, adecuación de la funciones mentales, grados de salud emocional y mental y ajuste socio-ocupacional, hay que añadir lo que se sabe del origen y secuelas de las situaciones de apremio en la existencia humana y el área afín, aunque relativamente inexplorada, de la salud psicoquímica. Ello comprende la influencia intrincada de emociones y actitudes en la función endócrina y los complejos "contraefectos" de las secreciones químicas en los estados emocionales y mentales, que hacen que la causa se vuelva efecto y el efecto sea causa.

INTERROGATORIO DEL VARON

En el varón debe hacerse un interrogatorio similar. Como dato adicional, el médico debe obtener información sobre la frecuencia de las relaciones sexuales, anormalidades congénitas y enfermedades inflamatorias y venéreas que afecten al aparato reproductor, así como trastornos médicos y procedimientos quirúrgicos, en particular los que abarcan los genitales.

Entre los factores que contribuyen de modo importante a la infecundidad del varón están: el contacto con agentes ambientales contaminantes, fármacos, sustancias químicas y radiación.

Una descripción del medio en el que trabaja y el trabajo, las diversiones y otras actividades, pueden arrojar luz en cuanto a factores etiológicos, lo cual puede ser muy útil en el tratamiento del enfermo.

VALORACION DE LA MUJERA. Factores hormonales

Las hormonas que regulan el ciclo reproductivo están balanceadas por un sistema complejo de retroalimentación positiva y negativa. Existen varias disfunciones hormonales que pueden perturbar tanto la concepción como la implantación. Un ejemplo de esta clase de diagnóstico es una fase lutea inadecuada. Si el cuerpo luteo produce progesterona en muy pocas cantidades o en el momento equivocado, no hay suficiente estimulación endometrial. El recubrimiento uterino, por lo tanto, no estará lo suficientemente maduro como para sostener al óvulo fertilizado. La mujer puede perder el embarazo tan rápidamente, que su periodo menstrual aparece dentro de los límites normales de su ciclo. De las concepciones de este tipo que logran implantarse, la gran mayoría termina en abortos prematuros (Moghissi, 1979).

Por lo tanto, la exploración física de la mujer deberá incluir un examen general cuidadoso, con atención especial al sistema endócrino. En particular deben estudiarse el contorno corporal, la distribución de cabello y vello, depósitos de grasa y desarrollo de los senos. Hay que buscar manifestaciones diversas de virilización, hirsutismo,

hipertiroidismo e hipotiroidismo y hacer un examen muy minucioso en busca de galactorrea. Para ello, deberá medirse el nivel de prolactina sérica que, si está elevado, puede ser un factor contribuyente importante de la infecundidad de la mujer.

Deben realizarse diferentes pruebas de laboratorio, de acuerdo con las sospechas que despierte la valoración externa de la mujer, tales como hiper e hipotiroidismo, enfermedad suprarrenal, trastornos gonadales y trastornos genéticos.

#### B. Factores cervicales

La interacción entre el espermatozoide y el moco cervical se estima por las pruebas postcoito, la de Sims-Huhner y la penetración del moco cervical por espermatozoides, in vitro (Moghissi, 1976).

Aunque es importante el análisis del esperma incluyendo el conteo espermático, la morfología y la motilidad del mismo, es de vital importancia agregar a estas pruebas un estudio postcoito preovulatorio, poniendo especial énfasis en la motilidad del esperma y la cualidad del moco cervical, con el propósito de excluir un posible diagnóstico de "hostilidad cervical" (Van Hall y Trimbos-Kemper, 1982).

Es necesario, además, el examen a simple vista y microscópico del moco cervical en el momento de la ovulación o inmediatamente antes.

### C. Estado del útero

El útero tiene cuatro funciones importantes en el proceso de reproducción:

1. Transporte de espermatozoides;
2. Implantación;
3. Gestación y
4. Parto.

Las contracciones parecen ser el mecanismo por el cual el espermatozoide es transportado a través del útero en tanto que la motilidad del propio espermatozoide, al parecer, tiene menor importancia.

Bajo la influencia de los esteroides sexuales, el útero se contrae continuamente durante el ciclo menstrual. Las contracciones uterinas pueden complementarse o modificarse favorablemente por factores como el orgasmo y las prostaglandinas seminales que se forman a través de la vagina. Sin embargo, ninguno de los últimos factores parece ser esencial para la migración del espermatozoide. El resultado neto de la contractilidad uterina es dispersar a

los espermatozoides en la cavidad del útero y transportarlos hasta el oviducto (Moghissi, 1977).

Cuando el útero está relajado, los espermatozoides suspendidos en el líquido uterino se diseminan en el endometrio y, cuando esta viscera se contrae, el incremento de la presión intrauterina desparrama el líquido uterino con los espermatozoides. El cuello está ocluido por el moco relativamente viscoso y, por esta razón, la única vía de salida del espermatozoide es el orificio uterino de la trompa.

Por lo expuesto, la acción "bombedora" de líquido parece ser un factor importante en el transporte de espermatozoides en la fecundidad.

Por desgracia, poco se sabe sobre la naturaleza y las actividades contráctiles que estimulan el transporte de los espermatozoides y el patrón de anomalías que originan infecundidad (Moghissi, 1977).

El proceso de implantación exige participación del endometrio, que debe haber sido estimulado en forma seriada por estrógeno y progesterona y que, desde el punto de vista fisiológico y bioquímico, esté condicionado para la nidación.



Una vez que ha habido implantación del huevo, el útero debe constituir un sitio hospitalario para el crecimiento y desarrollo del feto. Una causa importante de infertilidad o aborto repetido pueden ser las anomalías anatómicas del útero, detectadas por exploración ginecológica, histerografía o histeroscopia.

Las anomalías en la estructura de los órganos reproductivos pueden ser congénitas, como el útero bicornuto o adquiridas en algún momento durante la vida reproductiva de la mujer. Todas las anomalías interfieren con el movimiento normal del óvulo o con la implantación del óvulo fertilizado.

D. Factor peritoneal, permeabilidad y función tubarias

El oviducto no es sólo un conducto en el cual se unen el óvulo y el espermatozoide, sino también participante activo en el transporte de gametos, fecundación, nutrición y desarrollo del embrión. Estas funciones probablemente se realizan en parte por medio del líquido tubario.

La permeabilidad o libre tránsito de las trompas se valora por las pruebas con gas (Rubin) o la introducción de material de contraste (histerosalpingografía) por el cuello y la cavidad uterina y las propias trompas. La fluoroscopia

con un intensificador de imagen puede aportar datos adicionales sobre las actividades musculares y segmentarias de la trompa.

El mejor método para valorar la integridad anatómica y libre tránsito del oviducto es la laparoscopia y visualización de una solución de indigo carmín, que sale del pabellón de la trompa después de inyectarla a través de una cánula uterina. La culdoscopia, aunque es más sencilla, no aporta tanta información como la laparoscopia.

Es importante señalar que aun cuando la laparoscopia aporta datos negativos, pueden existir daños en el endosalpinx, no detectables por este método. Es difícil visualizar con la culdoscopia la porción proximal de los oviductos, en particular si existen adherencias pélvicas o endometriosis.

Ninguno de estos métodos aporta información sobre el medio intraluminal del endosalpinx y la función del oviducto. Indudablemente algunos casos de infertilidad son producto de anomalías en dichos sitios. Consideraciones éticas y prácticas hasta la fecha han entorpecido la creación de técnicas para valorar la función de las trompas (Moghissi, 1979 y Van Hall y Trimbo-Kemper, 1982).

Casi todos los clínicos emplean la prueba de Rubin o la

histerosalpingografía (HSG) como método inicial de detección para valorar el libre tránsito por las trompas. Moghissi (1979) sugiere que es mejor utilizar la HSG porque está menos expuesta a errores falso-positivos o falso-negativos y además constituye un documento permanente de la imagen de las trompas de falopio y de la cavidad uterina.

En un estudio realizado con 132 matrimonios infecundos, se compararon los hallazgos de la HSG con los observados en la culdoscopia o laparoscopia ulteriores. En la HSG hubo 5% de datos falso-positivos y 14% de falso-negativos (Moghissi, 1979).

Otros estudios han probado que en más de la mitad de los casos, no hay acuerdo entre los hallazgos de la HSG y la laparoscopia (Maathuis, Horbach y Van Hall 1972).

Sin embargo -y a pesar de que en algunos casos (5-50% según los datos citados) no existe acuerdo entre laparoscopia e HSG- hay autores que sugieren que la histerosalpingografía tiene que ser utilizada primero y reservar la endoscopia pélvica para las personas que muestran anomalías en la HSG, o en quienes no hay una causa identificable de la infecundidad y que después de corregir anormalidades observadas (como anovulación) no se embarazan (Moghissi, 1979 y Van Hall y Trimbo-Kemper, 1982).

Las trompas de falopio están diseñadas para moverse libremente con el fin de atrapar al óvulo y transportarlo a lo largo de su eje hasta el útero. La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) puede producir cicatrices o adherencias. Este tipo de daño en las trompas de falopio se localiza en más de un 40% de los casos de infertilidad (Gibson, Gump, Ahikaga y Hall 1984).

La EIP puede ser tan traumatizante, que algunas mujeres se vuelven infértiles después de un solo episodio inflamatorio detectado. Cada repetición de EIP incrementa las posibilidades de infertilidad.

Aún más alarmante es el creciente número de casos de EIP silenciosa. Estas mujeres tienen o tuvieron una infección pélvica sin absolutamente ningún síntoma clínico, hasta su detección en el trabajo de investigación de la infertilidad. Un estudio reveló que el 71% de las mujeres infecundas con EIP no dieron historia alguna sobre infecciones pélvicas (Gibson y col. 1984).

Ya sea silenciosa o diagnosticada, estos autores consideran que el riesgo a sufrir EIP se incrementa estadísticamente en las mujeres que utilizan dispositivos intrauterinos.

Los casos más comunes de infección pélvica son la gonorrea

neiseria, clamidia y mycoplasma (Fogel y Woods, 1981).

La endometriosis puede también causar daño estructural. En algunas ocasiones se encuentra tejido endometrial en las superficies externas de las trompas de falopio, los ligamentos uterosacrales o los ovarios.

Estas áreas responden, entonces, al ciclo hormonal reproductivo. Con el repetido crecimiento y "sangrado", estas áreas eventualmente se irritan, cicatrizan y pueden adherirse a las estructuras aledañas. Síntomas de dolor durante la relación sexual o la menstruación pueden ser señal para que una mujer busque tratamiento temprano. De no tratarse, el resultado frecuente es el movimiento restringido o la obstrucción de estos órganos.

Las adherencias peritubarias (factor peritoneal) causadas por EIP o endometriosis pueden ser, por lo tanto, causa importante de infecundidad. En casi todos los casos de adherencias en los anexos que no se observan con la HSG, la identificación se hará sólo por medio de endoscopia pélvica.

E. Detección de la ovulación

En promedio 15% de las mujeres infecundas tienen defectos de la ovulación (Moghissi, 1979).

En circunstancias normales, la ovulación ocurre en casi todas las mujeres cuya menstruación es regular y fisiológica. Sin embargo, incluso en aquellas que tienen menstruación cíclica, pueden aparecer ciclos anovulatorios ocasionales.

Una alteración importante y a menudo no diagnosticada del proceso ovulatorio es la presencia de los defectos de la fase lutea (esto es, una fase inadecuada o corta). Si se obtienen datos clínicos o de laboratorio contundentes que indican la presencia de alteraciones, enfermedad poliquística del ovario, un estado de hiperandrogenismo o enfermedad tiroidea, tal vez sea imposible identificar la causa exacta del trastorno en la ovulación. Desde el punto de vista clínico, no es posible probar o investigar la sucesión de los cambios hormonales que surgen en el líquido folicular y el microambiente del folículo preovulatorio y, por esta razón, la evaluación de la función ovulatoria se limita a determinar si hay o no ovulación supuesta.

Muchos de los métodos antiguos de detección de ovulación son

poco fidedignos o laboriosos para empleo clínico (Moghissi, 1972). La creación de nuevas técnicas de mediciones hormonales ha dado por resultado métodos más exactos para detectar y predecir la ovulación. Sin embargo, la única prueba directa de la ovulación es el embarazo o la posibilidad de recuperar el óvulo de la trompa de falopio. Las demás pruebas son indirectas o presuncionales.

Los métodos más prácticos para valorar la ovulación son:

1. Medición y registro de la temperatura basal corporal (TBC). Estos registros deben ser examinados poniendo particular atención a la fase lutea, misma que debe ser mayor de 12 días. Es de máxima importancia que la temperatura sea tomada cada mañana a la misma hora, antes de levantarse. La TBC puede ser influenciada por factores tales como un estilo de vida irregular, infecciones virales, fatiga, etc., lo que hace particularmente difícil determinar el día exacto de la ovulación.

2. Examen diario de la frotis de materia vaginal.

3. Demostración de los cambios característicos en el moco cervical: aumento en el volumen y la capacidad de hacer hebra, disminución en la viscosidad y número de células y aparición de la imagen en helecho en fecha cercana a la ovulación, seguida de disminución en cantidad y desaparición

de la imagen en helecho y de la capacidad de hacer hebra y aumento en la viscosidad y celularidad durante la fase lutea.

4. Signos de cambios secretorios en la biopsia endometrial durante la última parte de la fase lutea. El dolor intermenstrual y la expulsión de gotas de sangre a mitad del ciclo son datos subjetivos e indirectos de ovulación, pero poco fidedignos. Por el radioinmunoanálisis se demuestra un incremento en el nivel de hormona luteinizante a mitad del ciclo y se piensa que la ovulación ocurre en término de 24 horas del "pico" de la concentración de hormona luteinizante. Los niveles de progesterona en suero y pregnadiol en orina comienzan a aumentar en el momento de la ovulación y alcanzan su máximo en la fase mesoluteinica una semana después de la ovulación (Moghissi, 1979).

Una sola medición de la progesterona en suero o del pregnadiol en orina en dicha fase es prueba de la supuesta ovulación, sin indicar el momento exacto en que ocurrió. Los estudios preliminares han demostrado que la detección de algunas enzimas como la fosfatasa alcalina en el moco cervical, puede ser un índice de predicción exacta del momento de la ovulación (Moghissi, Syner y Borin, 1976).

Los cambios secretorios típicos en una biopsia de endometrio



hecha poco antes de comenzar la menstruación o en el momento mismo, son prueba presuncional de ovulación. La correlación del nivel de progesterona en suero y la imagen histológica del endometrio puede tener mayor importancia que cualquiera de estas pruebas solas (Shepard y Senturya, 1977).

5. Seguimiento diario de la imagen folicular hasta su desaparición, mediante ultrasonografías tomadas en los días mesocíclicos.

VALORACION DE LOS FACTORES DEL VARON

Hasta hace muy pocos años, se pensaba que las mujeres eran las responsables de la mayoría de las dificultades para concebir hijos. Ahora, los hombres comparten el diagnóstico de infertilidad con las mujeres en un 30 a 40% de los casos (Trepanier, 1985).

La función primaria del hombre, de producir espermatozoides sanos, está gobernada por un sistema endócrino preciso. El mal funcionamiento de casi cualquier glándula puede contribuir a la infertilidad. El efecto de la disfunción hormonal puede reflejarse en el análisis de semen de distintas maneras:

- un inadecuado número de espermatozoides,
- un bajo porcentaje de espermatozoides con motilidad o
- un alto número de espermatozoides con inadecuación morfológica.

Un análisis pobre puede reflejar también una interferencia en el camino desde la espermatogénesis a la uretra. Se diagnostica un varicocele cuando las venas alrededor de los testículos se sienten por palpación. La circulación que siguen los espermatozoides en este caso resulta inadecuada y esto deriva frecuentemente en un escaso número de espermatozoides que además son inactivos.

Existen también causas congénitas, como el hipospadias, que puede colocar el líquido espermático fuera del cervix. Puede también surgir un daño por inflamación aguda o crónica de los testículos, secundaria a paperas u otras infecciones virales. Asimismo, la creciente incidencia asintomática de enfermedades venéreas tales como la gonorrea, se refleja en el incremento de casos de infertilidad masculina.

Los espermatozoides son particularmente susceptibles a peligros ambientales. Por ejemplo, las drogas antimalarias pueden disminuir la producción espermática. Otras como el alcohol, narcóticos, tranquilizantes y algunos antidepresivos pueden inhibir la erección o la eyaculación.

Afortunadamente, la mayor parte de las veces estos efectos son reversibles cuando se descontinúa o se reduce la ingestión de dicha droga.

La exposición a radiaciones puede también afectar la producción espermática, tomando más de dos años para volver a la normalidad. Asimismo, el calor local de fuentes tales como baños calientes, calzones apretados u ocupaciones que impliquen estar sentado la mayor parte del tiempo, pueden hacer decrecer el conteo espermático. Además, la tecnología está expandiendo el uso y la exposición a muchos químicos nuevos y niveles de radiación, donde todavía se desconocen

los efectos que pueden tener sobre el sistema reproductivo de hombres y mujeres.

Por lo tanto, en el varón han de practicarse una serie de estudios que permitan diagnosticar o descartar su responsabilidad en el problema de infecundidad de la pareja.

Además del interrogatorio, exploración física y estudios básicos de laboratorio, la investigación de la infecundidad incluirá un análisis del semen, que es el estudio más importante en esta situación.

Este líquido se obtiene directamente en un frasquito de boca ancha o en un vasito desechable después de masturbación, ulterior a un periodo de dos o tres días de abstinencia. Para reunir el semen no debe usarse condón, porque suele estar recubierto de sustancias espermaticidas (Moghissi, 1979).

Aquí, otra vez, es importante considerar las prácticas culturales y religiosas de la pareja, pues existen personas cuyas creencias prohíben la obtención del semen por masturbación.

El semen debe reunirse cerca del laboratorio, donde debiera de contarse con algún local íntimo y privado. La mayoría de

laboratorios en nuestra ciudad carecen de ese espacio, de modo que se solicita al hombre que entre a un baño donde queda expuesto a permanentes interrupciones y ruidos del ambiente, lo cual hace aún más difícil la obtención de la muestra de semen.

Cuando el medio es muy hostil y causa vergüenza y perturbación, es mejor obtener la muestra en el hogar y llevarla al examinador en un término no mayor de dos horas de haberla reunido. Sin embargo, en estos casos puede ser difícil valorar con toda precisión algunas de las características del semen, como el tiempo de licuefacción.

Se sabe que la calidad y componentes del semen muestran variaciones importantes. En el análisis seriado en algunos varones, el semen puede mostrar fluctuaciones notables en la densidad, esto es, número de espermatozoides, motilidad o incluso morfología. No es raro que las características del semen sufran deterioro temporal en los periodos de ansiedad o después de ellos; por reacciones febriles o por trastornos inflamatorios del aparato reproductor. Por esta razón, es importante examinar varias muestras (cuando menos tres) reunidas a intervalos de dos a tres semanas, para precisar el "patrón de calidad" del semen de un varón determinado (Noghissi, 1979).

A. Semen normal

Farris (1950) definió la fertilidad masculina en términos del número de espermatozoides con motilidad en la eyaculación total. Examinó las eyaculaciones de una serie de hombres que habían tenido uno o más hijos. Estos individuos tenían un mínimo de 80 millones de espermatozoides con motilidad, de modo que concluyó que los hombres con estas características debían clasificarse como normalmente fértiles.

El volumen promedio de semen por eyaculación es cercano a los 4 c.c. Sobre la base de Farris, por tanto, un hombre normalmente fértil debe tener 20 millones de espermatozoides móviles por centímetro cúbico. Consecuentemente, para este autor, esta es la línea que divide al hombre normalmente fértil del hombre con problemas en la fertilidad.

Murphy y Torrano (1965) hicieron observaciones con 3,620 hombres que padecían la ausencia involuntaria de hijos y que sometieron su semen a análisis y con 511 donantes como sujetos control.

Se encontró azoospermia en un 8% de los hombres infértiles y en menos de un 1% del grupo control. Además, se encontraron conteos menores a 20 millones de espermatozoides móviles por

c.c. en un 34.4% de los infértiles y sólo en un 18% de los hombres control.

De esta manera concluyen los autores que un 42.3% de los hombres estudiados eran estériles o tenían conteos espermáticos por debajo de lo normal.

Las definiciones acerca de cuántos espermatozoides son necesarios para la fertilidad varían ampliamente. Por lo común, el número aceptado fluctúa de 60 millones a 20 millones de espermatozoides por c.c. de semen. La Sociedad de Fertilidad Americana cita que el mínimo requerido para una fertilidad normal es de 20 millones de espermatozoides por c.c. en una eyaculación de 3 a 5 c.c., esto es un total de 60 a 100 millones de espermatozoides por eyaculación.

En una revisión hecha por Kolata (1978) se encuentra que en la Escuela de Medicina de la Universidad de Texas, en Houston, se evaluaron las definiciones de los conteos "normales" de espermatozoides estudiando los conteos espermáticos de más de 4000 hombres que requerían vasectomías. Se reporta que más del 41% tenían menos de 40 millones de espermatozoides por c.c.; 19% menos de 20 millones por c.c. y 54% menos de 100 millones por eyaculación.

Los autores consideran que la cantidad mínima necesaria para el logro de un embarazo puede ser de 10 millones de espermatozoides por c.c. de semen. Esto no quiere decir que los hombres con pocos espermatozoides son tan fértiles como aquéllos que tienen conteos más altos. Sin embargo, los hombres con pocos espermatozoides pueden no ser tan infértiles como se pensaba anteriormente.

En ese mismo trabajo, Kolata (1978) reporta que los estudios realizados por Sherins y col. y Sternthal, consideran que las estimaciones previas acerca de la cantidad necesaria de espermatozoides para la fertilidad son muy altas. En los análisis efectuados a 119 hombres con problemas de infecundidad encontraron que algunos que habían tenido menos de 27 millones de espermatozoides por eyaculación, habían logrado impregnar a sus mujeres. Más aun, Sherins y col. señalan que, hombres que tenían sólo de 2 a 5 millones de espermatozoides por eyaculación, habían logrado la concepción en sus parejas.

El análisis de semen, incluso en los laboratorios más refinados, constituye solamente un índice aproximado de la capacidad funcional de los espermatozoides. Por lo regular se supone que un espermatozoide normal de forma oval y móvil, es capaz de iniciar el proceso de fecundación. Sin embargo -y a pesar de varios intentos- queda por confirmar



la relación entre la fecundidad del varón y los parámetros standard del semen.

Estos especialistas en el campo de la infertilidad reportan que los hombres cuyos espermatozoides tienen una motilidad o una morfología pobres tienden a ser infértiles, aunque hasta el momento no hay indicaciones de calidad que estén definitivamente establecidas. Por ejemplo, Sherins y col. (Kolata, 1978) encontraron que la motilidad de los espermatozoides de hombres fértiles no siempre es muy alta y que dicha motilidad varía considerablemente de eyaculación a eyaculación. Consideran que el mejor indicador de la calidad de los espermatozoides es su morfología.

Por su parte, Moghissi (1979) opina que los mejores criterios de la fecundidad de un varón son la morfología y motilidad de los espermatozoides y no su número.

Se sabe que los espermatozoides tienen la notable capacidad de penetrar el moco cervical, atravesar la cavidad uterina, llegar a la trompa de falopio y alcanzar el sitio de fecundación en la porción distal del oviducto en menos de 15 minutos y que al final de esta jornada peligrosa, la capacidad fecundante del semen debe estar intacta (Settlage, Motoshima y Tredway, 1973).

Sin embargo, poco se conoce sobre las anomalías de los espermatozoides o los constituyentes del plasma seminal que guardan relación con la fecundidad (Zaneveld y Polakoski, 1976).

De acuerdo con Wyrobek, (Kolata, 1978) las formas de los espermatozoides parecen indicar su contenido genético. Por ejemplo, una rata expuesta a teratógenos conocidos produce, subsecuentemente, espermatozoides mal formados. Los espermatozoides con morfología anormal pueden ser incapaces de fertilizar un huevo o, si lo logran, el embrión resultante puede no ser viable. No obstante esto, no debe entenderse como que los espermatozoides con forma adecuada tienen necesariamente cromosomas normales.

Cuando en una muestra de semen es muy alta la proporción de espermatozoides morfológicamente anormales, hay una tendencia a que todos los espermatozoides de la muestra tengan más defectos cromosómicos de lo normal. Wyrobek (Kolata, 1978) notó que en hombres con cierta enfermedad genética, como la fibrosis quística, hay una tendencia a producir espermatozoides con morfología pobre.

Se sabe también que en algunas partes del espermatozoide hay enzimas que participan en funciones respiratorias, metabólicas y glucolíticas, pero en la actualidad se

desconoce la participación funcional de muchas de ellas. Empero, es una posibilidad neta que en algunos trastornos haya alteración de estas enzimas y el resultado final sea la infecundidad.

Raffi, Moghissi y Syner (1977) midieron el contenido de acrosina en diversos tipos morfológicos de espermatozoides. En opinión de estos especialistas, dicha enzima participa en la penetración del espermatozoide en la zona pelúcida. La actividad de acrosina apareció sólo en 62% de los espermatozoides ovals, lo cual indica que incluso el espermatozoide morfológicamente normal puede mostrar deficiencias bioquímicas.

En otro intento de investigar defectos en la función espermática, Hambree y Overstreet (1977) estudiaron la capacidad de los espermatozoides para penetrar la zona pelúcida. El sistema utilizado consistió en medir la competencia de espermatozoides obtenidos de donadores fecundos y sujetos infecundos, para completar la fase inicial del proceso de fecundación, esto es, la penetración de la zona pelúcida. Los resultados demostraron que la frecuencia de penetración de la zona pelúcida por espermatozoides de varones infecundos había disminuido notablemente, tanto en la incubación separada como en la incubación que contenía números iguales de espermatozoides

móviles del paciente y del donador. Como dato interesante, las esposas de 5 varones cuyos espermatozoides no pudieron penetrar en forma normal la zona pelúcida siguieron siendo infecundas, en tanto que 5 de 11 de estas parejas en quienes se demostró la penetración lograron un embarazo normal en fecha ulterior.

Por todo lo anterior, puede concluirse que es difícil aceptar una cantidad standard de semen que sea congruente con la fecundidad. Como dato obvio, el número mayor de espermatozoides, su mejor motilidad y un mayor porcentaje de formas normales en una eyaculación que se licúa rápidamente y que carece de células extrañas y aglutinación, se relaciona con un mejor pronóstico en cuanto a fecundidad y una mayor frecuencia de embarazo ulterior. Lo que es difícil de valorar es el potencial de fecundidad de una muestra en la cual uno o varios parámetros son menores que el promedio. Sin embargo, hay que apreciar que incluso con recuentos menores de 10 millones, si otras características del semen no son manifiestamente anormales como motilidad y morfología, la mujer puede embarazarse (Van Zyl, Menkveld, Retief y Van Kiekerk, 1976).

COMPATIBILIDAD INMUNOLOGICA

Según los especialistas, la infecundidad secundaria a anticuerpos contra espermatozoides aparece en 15 a 30% de los matrimonios infecundos y en 15 a 79% de parejas con infertilidad inexplicada (Moghissi, 1979).

Parecen predominar dos tipos de anticuerpos de esta índole: anticuerpos aglutinantes que producen la aglutinación cabeza-cola o cabeza-cabeza y anticuerpos inmovilizadores.

En el varón, la actividad de los anticuerpos contra los espermatozoides puede surgir si la obstrucción de la vía eferente en el transporte hace que se extravasen las células en tejidos intersticiales o la circulación general. Un varón sensibilizado tiene anticuerpos aglutinantes o inmovilizadores en el suero y semen. Los espermatozoides eyaculados muestran signos de autoaglutinación e incapacidad de penetrar el moco cervical.

En la mujer se han detectado en el suero y moco cervical anticuerpos contra espermatozoides y también pueden aparecer en otros líquidos del aparato genital. Los anticuerpos contra estas células, en particular las de tipo inmovilizador, pueden interferir en el transporte de estos elementos, la fecundación y la implantación.

Se han creado técnicas para medir los anticuerpos contra espermatozoides en moco cervical, (Moghissi, 1977 y Shulman y Friedman, 1977) pero se desconoce la frecuencia exacta de esas globulinas en el moco cervical de las mujeres infecundas. Se sospechará que la infecundidad contiene bases inmunológicas si hay anticuerpos en moco cervical o cuando la infecundidad inexplicada se acompaña de poca penetración de espermatozoides en moco o inmovilidad de estas células en una prueba de Sims-Huhner perfectamente cronometrada.

Se piensa que la presencia de anticuerpos circulantes contra espermatozoides trae como consecuencia no sólo la disminución en la fecundidad sino también una mayor frecuencia de abortos (40 a 75% de los casos) (Beer y Neaves, 1978 y Jones, 1974).

DURACION DE LA INVESTIGACION Y TRATAMIENTO

Existe controversia en cuanto al tiempo que debe durar el estudio de la pareja infecunda, la extensión de las investigaciones y la duración y magnitud del tratamiento. Algunos médicos han recomendado hacer "programas de urgencia" que duren dos a tres días en pacientes hospitalizadas, que incluyan histerosalpingografía, dilatación y raspado, laparoscopia y un estudio endócrino completo para valorar los diversos factores de infecundidad. Otros recomiendan espaciar las pruebas diagnósticas en un lapso de 10 a 12 meses (Moghissi, 1979).

En realidad, el orden y duración del estudio y tratamiento debiera adaptarse a las circunstancias y necesidades específicas de los pacientes. En parejas relativamente jóvenes, con infecundidad de corta duración y en quienes la investigación básica ha detectado factores menores, el médico debe tranquilizar a los cónyuges y permitir que transcurra tiempo entre uno y otro método en tanto se corrigen las anomalías diagnosticadas, con la esperanza de que la mujer se embarace. Por otra parte, una valoración prolongada puede agravar la frustración en parejas con infecundidad de vieja fecha que han sido estudiadas de manera parcial o insuficiente por otros médicos.

En estos casos, deben evaluarse de manera rápida y minuciosa las investigaciones hechas, emprenderse medidas adicionales de diagnóstico y dar a la pareja un resumen explícito de los hallazgos y pautas de tratamiento futuro.

Por último, hay personas que viven en comunidades aisladas o viajan de países extranjeros para consultar a un especialista en infecundidad. El programa de urgencia también puede incluir un lapso breve de hospitalización para obtener datos adecuados de diversos factores de la infecundidad (Moghissi, 1979).



## **II. El Tratamiento Medico**

EL TRATAMIENTO MEDICO

La mayoría de los nuevos tratamientos para la infertilidad están dirigidos a la mujer. Esto no se debe a que los investigadores desconozcan el hecho de que el hombre es igualmente propenso a ser infértil, sino a que se sabe muy poco acerca de los desórdenes del hombre infecundo. Kolata (1978) afirma: "El problema es que no podemos diagnosticar. Si nosotros pudiésemos hacer un diagnóstico, probablemente podríamos corregir muchas de las causas de la infertilidad masculina con tratamientos disponibles hoy en día".

Woods (1984) estima que un 30% de las parejas infértiles conciben con intervención médica menor, 20% requiere de una terapia más significativa y alrededor de un 50% no podrán concebir nunca. Sin embargo, estas cifras tienen una variación muy alta de acuerdo con los diferentes autores. El rango de embarazos reportados en los tratamientos de infertilidad va de un 30 a un 85% (Grant, 1969; Insler y Lunenfeld, 1977; Dor y col., 1977 y Gornel, 1975).

EL TRATAMIENTO MEDICO PARA LAS MUJERES

Los nuevos tratamientos corrigen dos de las principales causas de infertilidad femenina: fallas en la ovulación y obstrucción de las trompas de falopio.

A. Fallas en la ovulación

Un gran número de mujeres tiene dificultad para ovular porque secretan cantidades excesivas de hormona prolactina, condición conocida como hiperprolactinemia. Alrededor de un 28% de mujeres con anormalidades menstruales tienen esta alteración. Todavía no se sabe con exactitud qué tan altas deben ser las concentraciones de prolactina en la sangre como para inhibir la ovulación, ni por qué tantas mujeres tienen hiperprolactinemia, pero un significativo número de ellas puede ser tratado rápidamente con una droga: el mesilato de bromocriptina, conocido en las farmacias como Parlodel y que salió al mercado en los Estados Unidos a mediados de 1978.

La bromocriptina une los receptores de dopamina en la pituitaria anterior y simula los efectos de la dopamina, una neurohormona que inhibe la secreción de prolactina.

El Parlodel se utiliza tanto para las mujeres que tienen

amenorrea (una falla en la ovulación) como galactorrea (leche en los senos). La droga ha demostrado ser altamente efectiva para estos desórdenes. Los datos de 22 estudios realizados hasta 1978, con un total de 226 pacientes con estos padecimientos, indicaron que el 80% de ellas comenzó a menstruar dentro de las primeras seis semanas de estar ingiriendo el medicamento. La galactorrea fue disminuida en un 75% de las pacientes en un periodo de 7 a 13 semanas después de haber iniciado el tratamiento (Kolata, 1978).

Sin embargo, la bromocriptina es efectiva únicamente mientras se está ingiriendo, esto quiere decir que no cura la patología subyacente que hace que se produzca la hiperprolactinemia.

La droga no solamente alivia la hiperprolactinemia cuando está acompañada por galactorrea, sino también cuando se presenta sola. El 70% de las mujeres con hiperprolactinemia no tienen galactorrea. Ambos grupos de mujeres pueden embarazarse con este medicamento. Más aun, hay un gran número de mujeres infértiles que tienen hiperprolactinemia pero no son amenorréicas y también ellas pueden ser tratadas con la bromocriptina.

Como el uso del Parlodel ha sido probado solamente con mujeres hiperprolactinémicas, no siempre es recomendado para

inducir la ovulación. Muchas de ellas tienen dificultades para ovular aun cuando tienen cantidades normales de prolactina en la sangre. Comúnmente se puede inducir la ovulación, en estos casos, con citrato de clomifeno (Omifin) o gonadotrofina humana de la postmenopausia (GHM), conocida comercialmente como Pergonal.

El citrato de clomifeno u Omifin se utiliza cuando no hay hiperprolactinemia. Este medicamento sobreestimula los ovarios un poco menos que la gonadotrofina de la postmenopausia. El clomifeno se enlaza con los receptores de estrógeno en el hipotálamo, impidiendo la unión de estrógenos. El hipotálamo registra lo que podría ser una caída en las concentraciones de estrógeno y responde haciendo que la glándula pituitaria produzca hormona folículo-estimulante (HFE) y hormona luteinizante (HL). Estas dos hormonas actúan sobre los ovarios provocando la ovulación. 30% de las mujeres que toman citrato de clomifeno ovulan y se embarazan (Kolata, 1978).

Cuando la mujer no responde al clomifeno se prescribe la gonadotrofina humana de la postmenopausia. El Pergonal se extrae de la orina de mujeres postmenopáusicas. La producción reducida de estrógenos después de la menopausia hace que el hipotálamo envíe constantemente señales a la pituitaria para que produzca las hormonas folículo

estimulante y luteinizante. Esta droga se da a mujeres con dificultades para ovular, ya que actúa directamente sobre los ovarios, preparándolos para la ovulación. Sin embargo, el problema del Pergonal es que puede sobreestimular los ovarios produciendo varios huevos que se liberan al mismo tiempo. En algunas ocasiones la sobreestimulación ovárica puede ser tal que los ovarios se agrandan hasta alcanzar el tamaño de una toronja, lo que suele ser una situación amenazante.

Cabe señalar que la mayoría de los estudios publicados con respecto al uso de drogas en el tratamiento de la infertilidad es muy controvertido. La dificultad para interpretar estos estudios radica en que, o generalmente falta la inclusión de un grupo control que no reciba tratamiento o bien, dan información insuficiente sobre la duración y la totalidad del trabajo sobre la infertilidad. Esto quiere decir que muchos de los resultados aparentemente positivos pueden deberse a las tasas de embarazos espontáneos (Kolata, 1978).

Coutts, Fleming, Carswell, Black, England, Craig y Mac Naughton (1979) pudieron mejorar la función de la fase lutea con administración de clomifeno, pero los resultados de embarazo fueron muy pobres (uno de 12 pacientes). Puede decirse que tuvieron más éxito usando gonadotropina humana

de la postmenopausia (5 de 12 pacientes).

Kolata (1978) reporta el estudio realizado en 1978 por Sarris y col., quienes lograron 9 embarazos en 18 mujeres con ciclos menstruales regulares pero con insuficiencia lutea y niveles normales de prolactina en suero, tratándolas con clomifeno. Sin embargo, no ocurrió ningún embarazo en 39 mujeres con hiperprolactinemia pero con niveles normales de progesterona que fueron tratadas con bromocriptina, dando como resultado una normalización de los niveles de prolactina.

Por su parte, Lenton y col. (Kolata, 1978) trataron con bromocriptina a 40 mujeres con "infertilidad inexplicada" y 16 concibieron muy poco tiempo después del tratamiento.

Por otro lado, Jacobs (1979) efectuó un estudio doble ciego, dando tratamiento de bromocriptina y placebo a 49 mujeres por un periodo de seis meses. No hubo ninguna diferencia en la tasa de embarazos entre los dos grupos. En un estudio similar reportado por Harrison (1979), se encontró incluso una tasa de embarazos ligeramente mayor en el grupo tratado con placebo que en el tratado con bromocriptina.

B. La Obstrucción tubaria

Una causa de infertilidad casi tan común como las dificultades para ovular es la obstrucción de las trompas de falopio. Alrededor de un 40% de las mujeres infecundas sufren de un bloqueo tubario. Las trompas pueden obstruirse por infecciones o por esterilización voluntaria.

En los últimos años, un gran número de investigadores ha tenido éxito en la reconstrucción de trompas de falopio bloqueadas, haciendo uso de la microcirugía. Esta técnica, que fue desarrollada por David Garcia y Luigi Mastroianni en la Universidad de Pennsylvania, no es más que una cirugía en la cual se usa un microscopio para magnificar el campo quirúrgico de 4 a 25 veces, permitiendo al cirujano ver claramente los tres tractos de las trompas y coser los tubos, tracto por tracto. El uso del microscopio les permite usar aguja e hilos de sutura muy finos que minimizan el daño tubario.

Hay un consenso entre los especialistas en infertilidad respecto a que la microcirugía ha incrementado significativamente las tasas de éxito en los casos de reconstrucción tubaria (éxito definido como el logro de un embarazo). Sin embargo, los éxitos de la microcirugía varían dependiendo de qué tan dañadas estén las trompas. Se estima



que un poco menos de la mitad de las mujeres con obstrucción tubaria puede tener un tratamiento exitoso con la microcirugía (Kolata, 1978).

Las peores candidatas para la microcirugía son las mujeres que han tenido infecciones tubarias extensivas, como las producidas por la gonorrea. Estas mujeres tienen sólo un 20% de posibilidades de embarazo después de la cirugía e, incluso si se embarazan, cabe la probabilidad de que el embrión se implante en las trompas y no en el útero. Así, la consecuencia es un embarazo ectópico con una ruptura tubaria y un aborto espontáneo acompañado por la amenaza de una hemorragia.

Muchas mujeres tienen las trompas tan dañadas que la microcirugía no puede llegar a corregirlas. Estas mujeres sólo pueden quedar embarazadas a través de una fertilización in vitro, pero esta técnica ha tenido una tasa de éxito bastante baja con una viabilidad apenas demostrada.

### C. La Endometriosis y la infertilidad inexplicada

Otra droga empleada en los problemas de infertilidad es el danazol, conocida comercialmente como Ladogal. Su uso es recomendado en situaciones donde se encuentran problemas de endometriosis, aunque también se ha probado su efectividad

en el tratamiento de la infertilidad "inexplicada". Van Hall y Trimbo-Kemper (1982) describen un estudio realizado por Greenblatt y col. en el año de 1974, quienes reportaron una tasa de embarazos de un 40% después de la administración de 200 mg diarios de danazol por 100 días a 27 mujeres con infertilidad inexplicada. En ese estudio no se incluyó ningún grupo control.

Van Dijk, Frolich, Frand y Van Hall (1974), utilizando el mismo protocolo de tratamiento en un estudio bien controlado de 40 mujeres diagnosticadas por ellos como con "infertilidad inexplicada", lograron una tasa de embarazo de un 24% (5 embarazos) en el grupo tratado con danazol y ninguno en el grupo tratado con placebo. El hecho de que sólo 2 mujeres de las 35 restantes lograran un embarazo posterior al tratamiento indica que el grupo estudiado originalmente fue seleccionado cautelosamente y que las probabilidades de embarazo espontáneo eran en realidad muy bajas.

EL TRATAMIENTO MEDICO PARA LOS HOMBRES

En contraste con el éxito logrado por los tratamientos en casos donde las causas de la infertilidad son imputables a la mujer, se encuentran los escasos tratamientos destinados a solucionar los problemas de infecundidad, cuya causa se encuentra en el partner masculino. De hecho, los investigadores consideran difícil incluso decidir un criterio para definir la infertilidad masculina.

Tanto la cantidad como la calidad de los espermatozoides son importantes, sin embargo, parece que un hombre puede tener una cantidad menor de espermatozoides de lo que se ha considerado necesario y, con lo que podría llamarse un "semen de calidad marginal" puede lograr preñar a su compañera.

Actualmente se considera que puede utilizarse citrato de clomifeno (Omifin) en el tratamiento de la oligospermia con dosis terciadas hasta alcanzar un número considerable en el conteo espermático.

Asimismo, se incluyen en el tratamiento de la oligospermia medidas como cambiar el uso de las trusas por calzones sueltos, como los "boxers" y el cambio de pantalones gruesos y ajustados por aquéllos de telas delgadas y también sueltos

para evitar que los testiculos estén expuestos a temperaturas elevadas.

Se recomienda, además, la suspensión de los baños de tina calientes en caso de que el paciente suela hacer uso de ellos.

Cuando se da una baja producción espermática debida a un varicocele, la única alternativa posible es la quirúrgica. Este tipo de intervención tiene la ventaja de ser hasta cierto punto sencilla e implica que el paciente pueda ingresar por la mañana al hospital y salir ese mismo día.

### **III. Infertilidad Inexplicada e Infertilidad Psicogena**

## INFERTILIDAD INEXPLICADA E INFERTILIDAD PSICOGENA

Existen dos puntos de vista en torno al problema de la infertilidad sin diagnóstico, esto es, los casos de infecundidad en los que no puede encontrarse daño orgánico alguno y que suman actualmente un 10% aproximado de las parejas que buscan tener un hijo y no lo logran.

El primero considera que en estos casos la infertilidad tiene algún tipo de daño orgánico, pero éste no puede ser detectado debido a la falta de conocimientos en torno al tema y a la deficiencia en las técnicas de investigación actuales. Este grupo denomina estos casos de infecundidad como "esterilidad inexplicada" (Moghissi, 1979; Mozley, 1976; Van Hall y Trimbos-Kemper, 1982; Seibel y Taymor, 1982 y McGrade y Tolor, 1981).

Por su parte, el segundo grupo considera que en estos casos no puede encontrarse daño físico alguno dado que la génesis del problema es de tipo psicológico. Este grupo denota esta problemática como "infertilidad psicógena" (Eisner, 1960; Bell, 1981 y Zygmunt y Piotrowski, 1962).

Surge aquí una polaridad entre el grupo "organicista" y el "psicologisista" (si es que así puede denominárseles) disputándose el campo de estudio de la infecundidad sin diagnóstico.

LA INFERTILIDAD "INEXPLICADA"

Para quienes defienden este concepto, el diagnóstico de "infertilidad inexplicada" debe hacerse sólo después de un estudio completo y sistemático de la infecundidad, mismo que debe incluir los siguientes parámetros:

1. evaluación de la función ovulatoria,
2. evaluación de la capacidad de penetración del espermatozoide y
3. evaluación de la función tubaria.

Durante la investigación debe haberse incluido una endoscopia pélvica en la cual no se haya podido describir ningún tipo de anomalía. Quienes apoyan esta postura consideran que es muy importante dejar pasar un tiempo suficiente entre las distintas pruebas debido a que muchas parejas logran la concepción muy poco tiempo después de los estudios de investigación diagnóstica.

En opinión de Van Hall y Trimbo-Kemper (1982) el diagnóstico de "infertilidad inexplicada" puede aplicarse sólo a aquellas parejas que tienen una infertilidad de por lo menos dos años de duración y en donde no ha ocurrido un embarazo dentro de los seis meses posteriores a la ejecución de una laparoscopia, misma que debe practicarse por lo menos seis meses después de una histerosalpingografía normal.

Bajo estas condiciones, el promedio de duración de la infertilidad en el momento de imprimir este diagnóstico debe ser de aproximadamente 3 años y medio.

Aquéllos que comparten esta tesis consideran que cuanto más temprano se haga el diagnóstico de "infertilidad inexplicada" mayor será la probabilidad de que no haya infertilidad en lo absoluto. En otras palabras, si la investigación de la infecundidad se hace de forma sistemática, permitiendo que pase un tiempo entre los sucesivos pasos, seguramente ocurrirá el embarazo en parejas que de otra manera hubieren sido ya diagnosticadas como infértiles, aunque no se hubiere dado explicación alguna a su "problema".

Van Hall y Trimpos-Kemper (1982) señalan que, cuando después de una investigación completa no se encuentran causas obvias para la infertilidad, pueden estar sucediendo una de dos cosas:

1. no hay realmente anormalidad orgánica o
2. hay alguna anormalidad menor que no podemos detectar en la rutina de investigación con los métodos aprobados generalmente.

Esta última opinión es la más aceptada por la gran mayoría de los investigadores en el campo, quienes tienden a negar



## INFERTILIDAD INEXPLICADA E INFERTILIDAD PSICOGENA

la participación del problema psicológico como génesis de la infecundidad (Moghissi, 1979; Trounson, Leeton, Wood, Webb y Kovacs, 1980).

En apoyo a esta postura, Trounson y col. (1980) informaron que les fue imposible obtener embriones normales bajo la técnica de fertilización in vitro, obtenidos de oocitos maduros recuperados de nueve mujeres que tenían un diagnóstico de infertilidad idiopática.

LA INFERTILIDAD "PSICOGENA"

Algunos médicos han señalado que en muchos de los problemas que no pueden diagnosticar o en los cuales no se halla una causa clínica, estructural, fisiológica, existe un origen emocional. Pero también, por lo contrario, los médicos han tendido a ignorar las posibles causas emocionales de la infecundidad si puede demostrarse una anormalidad física.

En un intento bastante cuerdo por tratar de mediar y aclarar esta situación, Mai (1978) da una definición de "infertilidad psicógena" que reza de la siguiente manera: "La infertilidad psicógena puede definirse como una condición caracterizada por la ausencia de un embarazo, como resultado de influencias psicológicas mediadas directamente por anormalidades conductuales del coito o indirectamente, causando cambios en los procesos autónomos o endócrinos, esenciales para la concepción."

Los criterios para decidir que la infertilidad de una pareja en particular sea "psicógena" quedan implícitos en esta definición. Estos criterios dependen de la identificación de la presencia de anormalidades psicopatológicas específicas subyacentes, (en particular ambivalencia hacia la maternidad y el parto, tanto en la mujer como en el hombre o la presencia de disturbios de personalidad de tipo "histérico"

o "agresivo") a través de una valoración comprensiva hecha desde un punto de vista médico y psiquiátrico.

Mai (1978) considera que la ausencia de enfermedad orgánica puede aceptarse sólo como uno de tantos criterios de este diagnóstico, ya que la ausencia de organicidad es una evidencia insuficiente per sé para concluir que las influencias psicológicas son las absolutas responsables de la situación, como lo afirmara Rutherford (1965) en su momento.

Este último señaló que el diagnóstico de infecundidad emocional puede hacerse sólo como un diagnóstico de exclusión negativa, en tanto que Mai (1978) considera que no hay justificación para inferir que la ausencia de una condición orgánica signifique que la infertilidad sea "psicógena", así como para concluir que el dolor es psicógeno porque no se ha identificado un proceso somático. En ambos casos, el diagnóstico depende de la demostración de la existencia de una psicopatología relevante.

Abundando en esta idea, Mozley (1976) repasa en que en un número importante de parejas infecundas en quienes no hay alteraciones emocionales o caracterológicas, tampoco se encuentran signos de deficiencias somáticas, nerviosas u hormonales estudiadas con técnicas refinadas y que muchas

## INFERTILIDAD INEXPLICADA E INFERTILIDAD PSICOGENA

mujeres infecundas con defectos físicos tienen trastornos emocionales importantes. Así, este autor considera que sólo puede hacerse un diagnóstico de "infertilidad psicógena" después de que se hayan identificado conflictos intrapsíquicos que surjan de factores culturales, ambientales o experienciales que hayan modificado la función, la bioquímica o la estructura corporal.

Juntando estos puntos de vista podría decirse que la identificación de una causa orgánica de la infertilidad no excluye, de ningún modo, la posibilidad de que también existan factores psicológicos que contribuyan a la infecundidad y que, por lo tanto, los procesos psicológicos y psicopatológicos pueden coexistir con una situación orgánica, ya sea coincidentalmente o en una relación de causa-efecto.

Bos y Cleghorn (1958) consideran que a menudo coexiste la infecundidad somática con la emocional. Ellos percibieron que casi todas las mujeres con infecundidad de origen emocional tenían también defectos orgánicos y sugirieron que los médicos debían dejar de dividir y separar los dos diagnósticos.

En su comentario a este último artículo, Sprague y Gardner (Bos y Cleghorn, 1958) señalan que en la mitad de sus

pacientes infecundas por problemas psicógenos -en quienes se había hecho el diagnóstico por exclusión- no se pudieron encontrar datos positivos en la investigación psicológica e insisten en que el diagnóstico de infertilidad "psicógena" no debe hacerse como un diagnóstico por exclusión. Señalan también que no todas las mujeres con problemas emocionales son infecundas y sugieren que los factores psicógenos de la infecundidad deben valorarse en forma sistemática y minuciosa, a semejanza de los factores del cuello y de las trompas.

A pesar de lo confuso de las evidencias experimentales hasta la fecha, es posible que pueda pensarse que la "infertilidad psicógena" está mediada por procesos psicológicos.

Los estudios de la prevalencia de la "infertilidad psicógena" han variado mucho, de acuerdo al tipo de mediciones usadas. Hace 30 años, Peberdy y Snaith (1960) -quienes presumían un diagnóstico de "infertilidad psicógena" porque no se había encontrado una causa física- describieron una incidencia mayor a un tercio de todas las parejas infértiles; tres años más tarde, Eisner (1963) consideró que 40 a 50% de las causas de infecundidad eran atribuibles a un origen emocional. Más recientemente, Mai, Munday y Rump (1972) consideraron que sólo el 4% de las parejas satisfacían el criterio de "infertilidad psicógena",

aunque consideraron que un 16% de las parejas tenían una marcada ambivalencia sobre la procreación, no obstante estar asistiendo a una clínica de estudios para la fertilidad. Sin embargo, no se pudo identificar en estas parejas un mecanismo psicopatológico claramente definido. Por su parte, Mozley (1976) estima que de acuerdo a la revisión efectuada por él, la prevalencia de "infertilidad psicógena" es de un 5-10% de los casos.

Puede concluirse que en la actualidad, esto es, de 15 años a la fecha, la tasa de "infertilidad psicógena" varía entre un 4 y un 16% del total de las parejas infértiles. Sin embargo, existe la necesidad de subsiguientes estudios que usen un criterio diagnóstico muy bien definido para considerar estas conclusiones como absolutamente válidas.

Contrario a lo anterior, McGrade y Tolor (1981) consideran que no hay suficientes datos en la actualidad como para sugerir que los factores emocionales puedan causar infertilidad o que puedan ser más comunes en pacientes con problemas de infecundidad. Para ellos, "las alteraciones conductuales sólo pueden ser parcialmente responsables en algunas parejas", pero no determinantes de una situación de infertilidad.

En apoyo a esta idea, Seibel y Taymor (1982) opinan que

## INFERTILIDAD INEXPLICADA E INFERTILIDAD PSICOGENA

a pesar de que se ha descrito a las parejas infértiles como personas con ciertos rasgos típicos de personalidad que dan como resultado la incapacidad para concebir, el incremento en el conocimiento actual sobre endocrinología así como otros avances en el campo, han reducido los factores emocionales como causa de la infertilidad a menos de un 5%, lo que conduce a la noción de que este número decrecerá en forma inversamente proporcional al avance del desarrollo del conocimiento en el campo de la medicina, la fisiología y la endocrinología.

## **IV: Factores Psicológicos en la infecundidad**



En las últimas décadas se ha puesto especial énfasis en el estudio de los factores emocionales vinculados con la infecundidad. Se discute el papel primario o secundario que pueden tener estos eventos y se han sumado a las fuentes de tensión tanto la investigación diagnóstica como el tratamiento médico.

A pesar de los esfuerzos en este campo de investigación, se mantiene una gran dificultad en torno a la dilucidación de las relaciones causales debido a la gran cantidad de variables que afectan a la fecundidad y a la imposibilidad de discernir entre causas y efectos. El mayor empeño se ha dado en el nivel psiquiátrico, intentando desarrollar perfiles de personalidad y tratando de dar explicación a aquellas perturbaciones psiquiátricas que pueden considerarse como etiológicas. Sin embargo, la naturaleza plural de este problema hace de ésta, un tarea sumamente complicada.

Es muy difícil decidir si las anormalidades psicológicas son la causa o el resultado de la infertilidad. Mai (1978) plantea que el criterio clínico más útil es considerar si los cambios emocionales preceden o suceden a la aparición de la infecundidad o detectar los afectos predominantes expresados por los sujetos en cuestión. Las emociones disfóricas como la ansiedad, la depresión y la frustración

son generalmente el resultado del stress, en tanto que la ambivalencia -expresada en el plano verbal o no verbal- es indicativa de que hay factores psicicos como causa de la infertilidad.

Existen autores como Seibel y Taymor (1982); Nesbitt y col. (1968) y Singh y Neki (1982) que consideran que es poco sorprendente la asociación entre infertilidad y problemas emocionales, ya que la infecundidad es una fuente de trauma emocional que invade a la pareja tanto física como financiera y emocionalmente. Por lo tanto, sostienen que las dificultades psicológicas de estas parejas son el resultado del efecto de la persistencia de la esterilidad, más que la causa de la misma.

Para apoyar esta idea, Seibel y Taymor (1982), basándose en el artículo de Schellen, publicado en 1977, afirman que "el grado de tensión y desesperación que viven estas parejas se enfatiza por el hecho de que el suicidio en las parejas sin hijos es aproximadamente el doble de frecuente que en las parejas con descendencia".

Contrario a este argumento se encuentra la opinión de Eisner (1963), quien afirma que "ciertamente, la infecundidad es perturbadora y el grado de perturbación depende de la personalidad de la mujer en cuestión, duración de su

infecundidad, el periodo de tratamiento infructuoso y el monto de presión que exista sobre ella para tener un hijo. No es un secreto que esta condición y el tratamiento producen mucha tensión, ansiedad y dolor y que crea problemas maritales.

Sin embargo, es muy poco probable que la perturbación derivada de la falta de capacidad para engendrar un hijo pudiera precipitar un desajuste de tipo esquizofrénico en varios de los protocolos de infertilidad. Sólo una anomalía estructural de la personalidad podría producir respuestas tan perturbadas como para poder juzgarlas de "abiertamente psicóticas".

Siguiendo esta misma línea de pensamiento, McGrade y Tolor (1981) y Taymor y Bresniek (1979) resumen sus ideas sugiriendo que los factores emocionales pueden ser la etiología de la infecundidad, pero que a partir de la misma se desarrollan nuevas dificultades emocionales (secundarias) y que a todo esto se suma un trauma emocional de importancia provocado por el proceso de investigación diagnóstica.

De una manera más contundente, Berger (1974); Bos y Cleghorn (1958); Mazor (1979), Menning (1980) y Rosenfeld y Mitchell (1979) consideran que, al margen de cualquier diagnóstico, la infertilidad tiene componentes orgánicos y psicológicos

que son inseparables, por lo que sugieren que los médicos deben dejar de dividir ambos diagnósticos y valorar en forma sistemática y minuciosa tanto los factores orgánicos como los psicológicos.

Puede concluirse que, a pesar de que muchos autores han notado un incremento en los problemas psicológicos entre las parejas infecundas, ninguno ha dado evidencias de que dichas dificultades sean la causa de la infecundidad o el resultado de la misma. Esta circunstancia, combinada con la frustración y la ansiedad experimentada por las parejas infértiles, crea un círculo vicioso que afecta las relaciones sexuales e interpersonales de los sujetos que sufren esta afección.

De esta manera -se acepte o no la etiología psicogénica de la infecundidad- un alto porcentaje de parejas en esta situación sufre una vivencia emocional considerable y piensa que el impacto afectivo provocado por la infertilidad es de mayor importancia que los factores físicos en cuestión, por lo que una gran cantidad de ellos expresa la necesidad de ayuda a nivel psicológico (Rosenfeld y Mitchell, 1979).

Nesbitt y col. (1968) consideran que las pacientes infecundas deben recibir algún tipo de tratamiento psicológico debido a que éstas tienen que hacer

considerables ajustes en sus actividades sexuales y maritales en particular y en sus conceptos de feminidad en general.

REMITIENDOSE A LAS PRUEBAS ESTADISTICAS

Dentro de la bibliografía revisada, se encontraron investigaciones que marcan diferencias significativas a nivel estadístico entre pacientes multiparas y pacientes con problemas de infecundidad. Sin embargo, también se encontraron estudios que reportaron no haber encontrado diferencia alguna entre ambos tipos de sujetos.

Hay una gran diversidad de enfoques en cuanto a las variables estudiadas y a la asignación de sujetos a grupos. Así, a nivel de problemas psicológicos en la infertilidad se hayan estudios que comparan a:

- mujeres infértiles con mujeres fértiles;
- mujeres con "infertilidad inexplicada" con mujeres fecundas;
- mujeres infecundas con organicidad detectada y mujeres con diagnóstico de "infertilidad inexplicada";
- mujeres infértiles con sus respectivos cónyuges;
- hombres cuyas parejas han sido diagnosticadas como "infertilidad inexplicada" con hombres fértiles, etc.

De esta manera, este capítulo se estructura en términos de la presencia o ausencia de diferencias entre grupos más que por los factores evaluados, pues de otro modo sería casi imposible conjuntar las distintas investigaciones.

A. Los que sostienen que no hay factores psicológicos que  
inciden en la infertilidad

Después de haber estudiado 75 referencias -que constituían el grosor de la literatura disponible de 1935 a 1963- relacionadas con los aspectos psicológicos de la infertilidad humana, Noyes y Chapnik (1964) reportaron que a pesar de tantas hipótesis y suposiciones insubstanciales, no se había presentado ninguna evidencia estadísticamente válida respecto a que algunos factores psicológicos pudieran afectar la fertilidad, más que aquéllos que perturban al organismo en su totalidad y que, por lo tanto, no lograron demostrarse claras relaciones causales.

Por su parte Mozley (1976), después de hacer otra revisión sobre el tema (aunque no tan importante como la primera), opina que "los estudios son inconcluyentes y que el problema pudiera residir en los métodos burdos de valorar la intrincada fisiología de la reproducción."

Singh y Neki (1982) estudiaron 5 categorías de pacientes que sufrían de diferentes formas de infertilidad (tanto genética como no genética) y 3 categorías de pacientes con afecciones similares, pero potencialmente fértiles y clínicamente normales. Utilizaron el Inventario de Personalidad de Eysenck, el Test de Patrones Maritales de Ryle y el

Inventario de Enfermedad Depresiva de Withers, para determinar el papel que jugaban los factores psicogénicos en la causación de la infertilidad. No se observaron diferencias significativas a nivel cuantitativo o cualitativo entre ninguno de los grupos estudiados. Por lo tanto, concluyen los autores que las perturbaciones psicológicas medidas por los tres inventarios no son la causa de infertilidad en las parejas "clínicamente normales" o en las mujeres anovulatorias y que no hay diferencias cuantitativas o cualitativas en las perturbaciones psicogénicas observadas en pacientes que sufrían de infertilidad genética y no genética, comparadas con los controles.

Los autores consideran que es altamente probable que las perturbaciones sean, más que la causa de la infertilidad, el efecto de la misma.

En un reporte realizado por Seward, Bloch y Heinrich (1967), los autores precisaron que no se habían podido encontrar diferencias en la constitución psicológica de mujeres infecundas con causas somáticas demostradas y en la de mujeres en quienes no pudo hallarse causa somática alguna y que fueron consideradas infecundas por supuestos problemas emocionales.



B. Los que encontraron factores psicológicos que diferencian a las mujeres infértiles de las fértiles, pero consideran que dichas diferencias no son de importancia

En un artículo que precede al anteriormente citado, Seward y col. (1965) compararon, en un estudio doble ciego, a 41 mujeres infértiles con 41 mujeres fértiles mediante una batería de pruebas proyectivas y de una entrevista personal, en un intento por investigar las siguientes hipótesis:

1. Detrás del deseo manifiesto de tener un hijo, hay un sentimiento ambivalente o de rechazo.
2. Esta ambivalencia indica inmadurez, teniendo como representantes ciertos problemas en la identificación femenina y trastornos en el funcionamiento sexual.
3. El hijo es deseado sólo como un medio para lograr otros fines.
4. Existen problemas de dependencia no resueltos hacia la madre, que son transferidos al esposo.

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, salvo en algunas variables que son:

- el lugar ocupado entre los hermanos, donde la mayor parte de las mujeres infecundas eran hijas del medio o las menores;

- la existencia de fantasías en las mujeres infértiles de ser abandonadas por sus cónyuges debido a alguna experiencia extramarital de los mismos;
- una mayor aceptación verbalizada hacia la maternidad por parte de las mujeres sin hijos y
- una confusión en el "rol sexual", sugerida por una mayor incidencia de experiencias homosexuales entre las mujeres infecundas. Este último punto queda muy oscuro ya que estas experiencias fueron evaluadas en el sentido de fantasías prepuberales pasajeras y nunca como una situación actuada. Los mismos autores, en su artículo de 1967, reportaron que los contactos homosexuales tempranos no diferenciaban a los subgrupos infértiles con y sin una patología ginecológica clara, lo que sugiere que estos contactos no son un factor psicogénico en la infertilidad.

Es un hecho real que se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, pero los autores las consideran de poca importancia como para poder asumir que existan cuestiones de índole psicológica que puedan tener influencia sobre la infertilidad. Quizá llegaron a esta conclusión porque los hallazgos no confirman ninguna de las hipótesis propuestas al inicio de su investigación.

Por su parte, Klemmer, Rutherford, Banks y Coburn (1968)

describen un trabajo efectuado por Hampson (1963), quien estudió a 12 parejas infértiles y 10 fértiles usando el Cuestionario del Factor de Personalidad 16 del IPAT (16PF) y el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Este autor concluye que todas las variaciones entre ambos grupos caen dentro de un rango normal y que solamente en un caso podría inferirse, a partir de los resultados, algún grado de psicopatología.

En el 16PF, Hampson encontró que, como grupo, las mujeres infecundas calificaron más alto en escalas que las caracterizan como "más extrovertidas, cálidas, sencillas y participativas" que las mujeres fértiles, lo que resulta, según el investigador, contradictorio con el cuadro generalmente aceptado de la mujer infecunda.

Hampson reporta no haber encontrado diferencias entre los hombres fértiles e infértiles.

En otra investigación reseñada por Klemer y col. (1968) y realizada por Mattson en 1963, se estudió a 21 mujeres infértiles en quienes no se había logrado detectar ningún desorden orgánico y cuyos maridos tenían análisis espermatozoides perfectamente normales y a 21 parejas sin ningún problema para procrear. Matson encontró, en una gran coincidencia con el artículo de Hampson (Klemer y col.

1968), que las mujeres infértiles calificaban significativamente más alto en el reactivo de una prueba destinado a medir madurez social e integridad.

Si bien hasta aquí estos dos últimos reportes tienen hallazgos semejantes, en lo tocante al hombre infecundo, el segundo difiere del primero en que encontró que los hombres infértiles mostraron ser significativamente "menos autosuficientes e ingeniosos que los fértiles, además de preferir menos sus propias decisiones".

Por otro lado, no lograron encontrarse diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre los dos grupos.

Mattson, al igual que Hampson (Klemer y col. 1968), concluye que las pocas diferencias encontradas no corroboran las descripciones acerca de los tipos de personalidad de las mujeres psicogénicamente infértiles descritas en la literatura y, apoyando las conclusiones de Seward y col. (1967), piensan que las diferencias encontradas no son suficientes como para poder suponer un patrón psicogénico como base de la infecundidad inexplicada.

C. Los que consideran que sí hay factores psicológicos de importancia en la infecundidad

A diferencia de Noyes y Chapnik (1964), quienes consideraron que "no se había presentado ninguna evidencia estadísticamente válida respecto a que algunos factores psicológicos pudieran afectar la fertilidad, más que aquéllos que perturban al organismo en su totalidad y que no lograban demostrarse, por lo tanto, claras relaciones causales", la autora encontró una serie de estudios que mantienen un riguroso control de variables donde se identifican diferencias significativas entre pacientes infértiles y pacientes fértiles y que, en cantidad, superan por mucho a aquéllos que no encuentran diferencias entre ambos grupos.

Sin embargo, la incógnita se mantiene en el ambiente de estos reportes y queda la pregunta sin respuesta: ¿estas diferencias, son causa o efecto de la infecundidad?

Nesbitt y col. (1968) estudiaron las posibles diferencias psicológicas existentes entre tres grupos de mujeres, a saber:

- Grupo A. compuesto por 10 mujeres con síndrome de ovario poliquístico y, por lo tanto, infecundas;
- Grupo B. Con 8 mujeres con infertilidad causada por

patología pélvica y

- Grupo C. Formado por 18 mujeres fértiles.

Todas estas mujeres fueron sometidas a una serie de entrevistas psicológicas y a la administración de pruebas proyectivas, además de aplicarles un cuestionario para investigar sus relaciones heterosexuales y de evaluar los niveles de ansiedad provocados por ciertos temas, haciendo uso de un procedimiento taquitoscópico.

No se encontraron diferencias entre los grupos A y B, sin embargo, cuando fueron comparados ambos grupos en su conjunto con el grupo control (C), emergió un patrón de diferencias que separaba a las mujeres fértiles de las infecundas.

El grupo control mostró significativamente menos ansiedad frente a los temas de rivalidad fraterna y sentimientos de culpa, pero mostró también significativamente más ansiedad en temas relacionados con el erotismo anal. Aunque no pudieron encontrarse diferencias en los grados de ansiedad en torno a la relación heterosexual, sí fue claro que las mujeres del grupo control eran más activas en vínculos heterosexuales previos al matrimonio que las pacientes infértiles.

Uno de los puntos principales que emergieron de este estudio es que el grupo infértil tiende a mostrar más ansiedad o mayor dificultad ante temas relacionados con sacar la energía de sí mismo y ponerla al servicio de otros. Los datos taquitoscópicos mostraron que las mujeres infecundas mostraban más dificultad que las normales para percibir un tema narcisista o de crianza. El tema de la crianza se refiere al esfuerzo de cuidar y proteger a alguien más débil y necesitado que uno mismo. Asimismo, el tema narcisista tiene que ver con la posibilidad de prodigar la atención sobre uno mismo, con la implicación de que ésta no pueda ser canalizada a los otros.

Siguiendo la misma línea, el grupo infértil mostró más ansiedad frente a la rivalidad fraterna y puede considerarse que este tema, obviamente, tiene que ver con la competencia por la atención, deseando que la atención se enfoque sobre uno mismo, más que en el rival.

Concluyen los autores que el grupo de mujeres infecundas se caracterizó por tener rasgos pasivo-dependientes y que se inclinan por establecer relaciones dependientes con sus cónyuges. Consideran que la mujer infértil puede tener un problema particular vinculado a su necesidad de mantener un alto nivel de gratificación narcisista y de evitar tener que poner energía al cuidado de otros. Es importante enfatizar

en este punto, la correlación que existe entre este problema y la especulación en relación a que la infertilidad puede representar un medio para evitar el rol de madre, donde obviamente necesitan subordinarse los propios intereses narcisistas al servicio de un niño dependiente. En el mismo sentido, estas dificultades indudablemente impondrían problemas adicionales para establecer una relación madre-hijo adecuada en el caso de que pudieren llegar a concebir y consumar un embarazo.

En otra investigación, Eisner (1963) estudió, por medio de la técnica de Rorschach, a 20 mujeres infecundas sin problemas ginecológicos detectados y 20 mujeres multíparas que tenían por lo menos tres hijos. Ambos grupos fueron igualados en edad, nivel socio-económico y raza. Los protocolos de las pruebas fueron evaluados por diferentes jueces que no conocían a las pacientes ni sabían a qué grupo pertenecían. Las evaluaciones mostraron diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que puede concluirse que existe un mayor grado de alteraciones emocionales en el grupo de mujeres infértiles. Estas fueron más esquizoides, llegando incluso a detectarse, en algunos casos, una franca psicosis. Uno de los jueces expresó: "Yo podría calificar de psicosis franca algunos de los protocolos más perturbados", en tanto que un segundo juez afirmó: "Yo no sé si una pareja está en una institución



(psiquiátrica), pero debería estarlo".

Por otro lado, las mujeres infértiles tuvieron más conflicto con su rol femenino y dificultad con la sexualidad femenina. Se encontraron también algunas diferencias en los factores histéricos, pero éstas no alcanzaron un grado de probabilidad altamente significativo.

Eisner (1963) emprendió su estudio con tres hipótesis:

1. La infecundidad es una condición que produce disturbios emocionales;
2. La alteración emocional es un factor etiológico de infecundidad;
3. Existe una combinación de los dos factores.

Concluye que la hipótesis tres es la más acertada.

Por su parte, Piotrowski (1962) investigó las características de personalidad de 38 mujeres con amenorrea secundaria de orden psicógena y 14 mujeres con una amenorrea secundaria de tipo orgánica. Ambos grupos eran equiparables en edad e inteligencia.

Mediante la administración de una batería de pruebas psicométricas que incluyeron la Prueba de Inteligencia WAIS, el TAT, el Test de Kerman y el Rorschach, Piotrowski (1962)

concluye que:

1. el grupo psicógeno es capaz de vivenciar un mayor rango y una mayor intensidad de emociones que el grupo orgánico.
2. Las mujeres del grupo orgánico muestran mucha más dependencia en las figuras paternas que las mujeres del grupo psicógeno. Las primeras tienen una mayor preferencia por quedarse en la casa de los padres y continuar su vínculo dependiente con los mismos, en tanto que las segundas tratan de ser más independientes. Dado que la independencia en un adulto es considerada como un signo de mayor madurez que el deseo de quedarse en casa, se concluye que el grupo psicógeno es más maduro que el orgánico.
3. El grupo orgánico, a diferencia del psicógeno, muestra un serio empobrecimiento de la personalidad.

Concluye el autor que cuando las diferencias entre los dos grupos fueron significativamente diferentes, invariablemente fue el grupo orgánico el que manifestó el mayor grado de ansiedad y el mayor empobrecimiento de la personalidad. En todas las pruebas administradas en esta investigación, las mujeres del grupo orgánico fueron más ansiosas, dependientes y menos productivas mentalmente.

No obstante la marcada diferencia entre las mujeres del grupo orgánico y las del psicógeno, las pruebas no dejaron duda de que, en su conjunto, las mujeres anovulatorias difieren de las mujeres normales, siendo las primeras un grupo más tenso y perturbado, lo cual permite aproximarse a la idea de que las emociones juegan un importante papel en la anovulación.

En una versión absolutamente contraria a la de Piotrowsky, se encuentra el estudio de Izaurieta (1980), quien aplicó el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI) a 117 matrimonios infértiles que llevaron a cabo los trámites necesarios para la adopción de un hijo.

De estas 117 parejas, 61 constituyeron el "grupo orgánico" y las 56 restantes formaron el grupo "psicógeno". Estas últimas fueron parejas a quienes no se les había detectado ninguna disfunción orgánica pero que, a pesar de ello, no pudieron concebir un hijo.

Con propósitos comparativos se incluyó un grupo control, formado por 41 parejas multiparas.

Izaurieta (1980) emprendió su estudio con la hipótesis de que la infertilidad, especialmente la de tipo psicógeno, es un producto de la interrelación de características de

personalidad de cada uno de los cónyuges y sostiene que es posible que, con otra pareja que tuviera un tipo de personalidad diferente, estos sujetos infecundos pudieran procrear.

Se encontraron diferencias significativas entre el grupo psicógeno y los otros dos grupos. A diferencia de los hallazgos de Piotrowsky (1962), en este estudio el grupo orgánico no reportó variaciones en relación al grupo fértil.

Las mujeres del grupo psicógeno mostraron características de personalidad propias de los varones de los otros dos grupos, lo que podría ubicarlas como mujeres fálicas.

Por su parte, los hombres del grupo psicógeno tuvieron un puntaje mucho más elevado que sus esposas en las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria y psicastenia. Estas características de personalidad (conversivas) fueron propias de las mujeres de los dos grupos restantes, lo que ubica al hombre infecundo como inmaduro, dependiente, infantil, con un manejo de la ansiedad y la tensión por medio de la somatización y con dificultades para establecer relaciones íntimas a nivel genital adulto.

Por otro lado, Mai y col. (1972) emprendieron una investigación con el propósito de probar dos hipótesis:

1. Las parejas infértiles exhiben una mayor patología psiquiátrica que las fértiles y
2. Las parejas infértiles son más propensas a experimentar disturbios de orientación psicosexual y a tener alteraciones de personalidad concomitantes.

El estudio se llevó a cabo mediante entrevistas psiquiátricas realizadas a 50 mujeres infértiles y 35 de sus maridos y a 50 mujeres fértiles y 15 de sus maridos, que fungieron como grupo control.

Las mujeres infecundas fueron, en su mayoría, diagnosticadas con significativamente más desórdenes de personalidad histérica o agresiva que las mujeres control. Asimismo, las mujeres infecundas dieron varias indicaciones de perturbaciones en la conducta y la orientación psicosexual. No hubo evidencia alguna en lo tocante a problemas de neurosis o psicosis en el grupo infértil, salvo en un par de casos aislados.

Por otro lado, los autores reportan que tres de las cinco mujeres que tuvieron un embarazo prematrimonial sentían que la infertilidad era resultado de su conducta "irregular", lo que les producía una gran ansiedad.

Informaron, además, que 8 de las mujeres infecundas

mostraban una gran "ambivalencia" en su actitud hacia la maternidad (lo que resulta sorprendente en virtud de estar atendiendo a una clínica con el expreso propósito de embarazarse) y un 25% de las mujeres infecundas mostraron actitudes negativas o ambivalentes hacia la adopción.

A diferencia del estudio efectuado por Seward y col. (1965), en esta investigación los contactos homosexuales previos en ambos grupos de mujeres fueron los mismos y no pudieron descubrirse perturbaciones en la niñez o en la relación padre-hija en las mujeres infértiles.

Los autores concluyen que la segunda de las hipótesis planteadas podía confirmarse, pero no en términos de la pareja sino de la mujer infecunda. No se reportaron diferencias entre los hombres de ambos grupos debido muy probablemente a que la distinción numérica no permitió que, de haber discrepancias, éstas llegaran a sobresalir.

Los hallazgos de este estudio apoyan las observaciones hechas por Benedek (1950) y Rutherford, Banks, Coburn y Williams, (1960). La primera afirma que algunas mujeres infecundas se hayan muy ambivalentes en torno a la procreación, en tanto que Rutherford y col. (1965) reportan que en los casos individuales observados por ellos, la infertilidad puede, ocasionalmente, ser el "método natural

para proteger a la pareja de ansiedades adicionales acarreadas por el cuidado de un niño".

Otra de las investigaciones que encuentran diferencias entre parejas fecundas e infecundas es la de Platt, Fisher y Silver (1973), quienes estudiaron a 25 parejas infértiles y 15 fértiles por medio del test de proyección de la personalidad "en grupo" de Cassel y Kahn y el método diferencial semántico de Osgood y colaboradores.

Los autores compararon algunas dimensiones de la personalidad y ajuste emocional, pero con la mira puesta en dos variables no estudiadas con anterioridad:

- A. Control interno y externo y
- B. Discrepancias en el concepto de "sí-mismo".

El estudio se llevó a cabo con base en tres hipótesis:

1. Las personas infértiles tienen una marcada discrepancia entre la forma en cómo se perciben a sí mismas y cómo perciben su yo-ideal, a la generalidad de los hombres y mujeres y a sus padres y madres.
2. Las personas infecundas consideran que los eventos vitales significativos están controlados por fuerzas externas a ellas y no están bajo el control de sus propios esfuerzos.

3. Las personas infértiles difieren de las fértiles en varias dimensiones de personalidad, mostrando mayor trastorno emocional.

El análisis de los datos mostró que tanto las mujeres como los hombres infecundos consideraron que los eventos importantes de sus vidas estaban determinados por los caprichos de fuerzas externas a ellos más que por el control de sus propios esfuerzos.

Asimismo, el grupo de parejas infértiles expresó una mayor discrepancia entre su percepción de sí-mismos y:

- a. su yo-ideal y
- b. sus ideales de padre y/o madre.

En adición, las mujeres infértiles, aunque no así los hombres del mismo grupo, mostraron un mayor grado de neurosis y trastornos emocionales que las mujeres del grupo control.

De esta manera, quedan confirmadas las hipótesis 1 y 2 para ambos miembros de la pareja, en tanto que la hipótesis 3 se ratifica sólo para el caso de las mujeres.

En corroboración de este último punto se encuentra el trabajo de Mai (1980), quien indicó que los niveles de



ansiedad detectados en el hombre infértil eran significativamente menores a los encontrados en sus esposas.

Los hallazgos de Platt y col. (1973) son consistentes con los efectuados por Eisner (1963) en el sentido de que las mujeres infecundas sufren de un mayor grado de neurosis, dependencia y ansiedad que las mujeres fértiles.

Sin embargo, frente a la pregunta por la base de las diferencias encontradas, Platt y col. (1973) consideran que es posible que, el tener contacto con el conocimiento de que uno es infértil (quizás a causa de un problema físico), lleve al paciente a desarrollar sentimientos de fracaso y a mostrar así discrepancias de su yo-ideal u otros signos de desajuste. Consideran los autores que esta respuesta es sólo hipotética y que únicamente las futuras investigaciones podrán mostrar la naturaleza causal de estas relaciones.

En un reporte más reciente, Bell (1981) estudió a 10 parejas infecundas que acudían por primera vez a una clínica de infertilidad (sin ninguna investigación o tratamiento previos) y a 10 parejas infértiles que ya habían tenido una variedad de tratamientos.

Se sometió a los 40 sujetos a una entrevista hecha por un psicólogo clínico y a la aplicación de una batería de

pruebas que incluían la Escala de Experiencia Sexual (S.E.S), el Cuestionario de Vida Familiar, Trabajo y Ocio basado en el SAS-SR de Weissman y la medida de Ansiedad y Depresión del D.S.S.I. (S.A.D.S)

El análisis de los resultados indicó que 9 pacientes sufrían de una perturbación emocional significativa; 9 mostraron evidencia de deterioro en el ajuste social; 5 individuos reportaron una disfunción sexual secundaria a la infecundidad; 7 parejas mostraron un importante deterioro en la relación marital y en un caso donde por medio de las pruebas y entrevistas no se detectaron problemas psicosociales se descubrió, mediante el análisis físico posterior, la no-consumación del matrimonio, lo que implica una disfunción sexual primaria.

Un dato llamativo es el hecho de que, en el grupo que ya tenía tratamiento, no lograron identificarse problemas psicológicos en el partner en quien se había localizado el factor etiológico de la infertilidad.

De cuatro parejas en las que se había identificado al hombre como el factor etiológico primario, sólo un individuo (una mujer) mostró perturbaciones psicológicas.

El autor considera que es poco claro la medida en que uno o

más de los aspectos perturbados pueden atribuirse a la infertilidad, más que a perturbaciones pre-existentes de mucho tiempo atrás. Sugiere que solamente los estudios longitudinales, a gran escala, pueden arrojar alguna luz sobre esta cuestión.

Cabe hacer hincapié en que este estudio es confuso y nunca quedan claros los elementos que el autor quiso evaluar. No hay datos de una comparación entre ambos grupos, de modo que es difícil saber si los casos ubicados como patológicos pertenecían a uno de los dos grupos en particular o si el hecho de estar en tratamiento por un largo periodo acrecienta determinado tipo de conductas relacionadas con la ansiedad, la depresión o la sexualidad.

En otro intento por medir el impacto de la infertilidad y del tratamiento médico en la pareja infertil, McGrade y Tolor (1981) evaluaron a 200 parejas con una infertilidad involuntaria de por lo menos un año de duración.

La muestra se dividió en dos partes: un grupo de 120 parejas que después del tratamiento lograron un embarazo y a quienes se denominó "grupo exitoso" y el grupo formado por 80 parejas que hasta el momento de efectuar la investigación no habían logrado una concepción.

Se hizo un examen básico que incluyó uno o más análisis de semen, una o más pruebas postcoito, una histerosalpingografía y una biopsia de endometrio. La laparoscopia se efectuó en 37.6% de las mujeres exitosas y 74.8% de las que no lograron el embarazo.

Los autores desarrollaron un cuestionario con 30 reactivos para evaluar las reacciones personales experimentadas por la pareja infecunda. Su intención fue la de medir la repercusión emocional del trabajo de investigación diagnóstica provocada por las demandas de coito "cronometrado" y las pruebas post-coito sobre la vida marital de la pareja y la salud sexual, así como el impacto emocional de la infertilidad sobre motivaciones personales; función sexual; autoestima; autoimagen y unión marital.

De las 200 parejas propuestas para el estudio, sólo 126 (es decir, un 63%) aceptaron contestar al cuestionario, de modo que la deserción fue de un 37%.

No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de parejas "exitosas" y el grupo que no logró una concepción. Sin embargo, cuando se comparó a las mujeres de ambos grupos con sus respectivos cónyuges, saltaron a la vista diferencias significativas en las respuestas de ansiedad y tensión; deterioro de la autoimagen; disposición

a iniciar la investigación médica y el grado en que se cuestionaban su sexualidad. En cada una de estas áreas las respuestas de las mujeres fueron afirmativas y sustancialmente diferentes a las de sus cónyuges.

Tanto los hombres como las mujeres en ambos grupos reconocieron que, asociadas con la infertilidad, aparecían perturbaciones emocionales y una gran tensión.

Los resultados de este estudio apoyan las observaciones hechas por Mai y col. (1972), Mai (1980) y Platt y col. (1973) quienes encontraron que los hombres parecían resultar menos afectados emocionalmente por la infecundidad que las mujeres. Estas últimas son mucho más vulnerables, tienen un mayor sentimiento de "devastación" y sufren más las consecuencias de la investigación médica.

De los artículos anteriores se desprende que la pregunta respecto a si las diferencias encontradas entre hombres y mujeres infecundos con relación a los fecundos preceden o siguen a la infecundidad queda aún sin respuesta. Muchos piensan que las perturbaciones en la identidad sexual de una mujer o su psicopatología son causa de infertilidad y de igual manera otros arguyen que una mujer involuntariamente infértil experimenta tal ansiedad que se ve arrastrada a cuestionarse y dudar de su propia feminidad.

Este problema sólo puede ser resuelto por estudios en los cuales las mujeres sean evaluadas de forma muy temprana en sus matrimonios, antes de que se manifieste cualquier síntoma de infecundidad. Si puede demostrarse que las mujeres con algún tipo de perturbación en relación a su identidad sexual o con una patología determinada desarrollan dificultades para la concepción, entonces podrá haber algún apoyo importante a las hipótesis que intentan plantear una relación de causa-efecto.

---

## V. Una Perspectiva Psicodinamica

PSICOPATOLOGIA DE LA INFERTILIDAD EN LA MUJER

A lo largo de la literatura vinculada con el tema en cuestión, se han descrito una diversidad de factores psicopatológicos que afectan a la mujer infértil. El más común de éstos es la ambivalencia en relación a la procreación. Una serie de autores: Deutsch (1945), Benedek (1950, 1960), Kroger (1962) y Bos y Cleghorn (1958) han enfatizado que el deseo consciente de la maternidad solamente oculta un rechazo inconsciente de la misma y todo lo que esto comprende.

Este rechazo ha sido asociado con un tipo determinado de características de personalidad en las mujeres con infecundidad funcional, particularmente de dependencia, inmadurez y confusión de identidad sexual, misma que puede manifestarse como masculinidad agresiva o dominio. Otro rasgo de personalidad asociado con la infertilidad es el de la mujer maternal, cuya relación con su marido es análoga a la de una madre con su hijo (Deutsch, 1945). Esta relación, tan encerrada en sí misma, se vería rota o interrumpida por la concepción. De ahí que ambos sujetos de la pareja hacen un pacto inconsciente para prevenir el embarazo.

A continuación se muestra, a grosso modo, una lista de los "perfiles de personalidad perturbada" en pacientes con



esterilidad psicógena femenina, recolectada de literatura reciente:

- 1) Inmadurez física o emocional. (Dependientes, primero de los padres y después del cónyuge).
- 2) Tipo masculino-agresivo. (Resiente el rol femenino y tiene actitudes básicamente fálicas).
- 3) Combinación de 1 y 2
- 4) Identificación hostil con la madre.
- 5) Tipo maternal. (Maternalidad exacerbada volcada sobre el cónyuge, débil, necesitado de apoyo e incapaz de afrontar las responsabilidades de la paternidad, por lo que surge la fantasía de que éste la abandonaría al nacer el bebé).
- 6) Tipo femenino erótico. (Maternalidad volcada en lo profesional, artístico o erótico).
- 7) Tipo obsesivo-compulsivo.
- 8) Perturbado empobrecido y preocupón crónico. (Profundamente trastornadas, para quienes el embarazo y la maternidad representarían una sobrecarga imposible de manejar por su yo empobrecido).

Estos tipos fueron definidos por Deutsch (1944), Wittkower y Wilson (1940) y elaborados por autores como: Kroger (1952), Marbach y Schinfeld (1958), Marsh y Vollmer (1951), y Rubenstein (1951).

Bos y Cleghorn (1958) afirman que un estudio cuidadoso de los varios tipos señalados revela que en la actualidad, son básicamente dos las actitudes afectivas involucradas:

- 1) temor a la impregnación y
- 2) rechazo a la impregnación.

Cabe decir que los conflictos psicológicos que traen consigo estas dos emociones, son infinitos. En realidad, esta lista podría ser multiplicada muchas veces, ya que cada paciente expresa sus problemas internos de una forma distinta. Es imposible que dos individuos tengan exactamente el mismo armamento básico y las mismas experiencias durante su vida. Por eso, es también imposible que dos personas tengan idénticos problemas de naturaleza psicológica, aunque éstos pueden ser expresados bajo un común denominador en términos psicodinámicos. No debemos olvidar, además, que no toda mujer que rechaza el rol femenino es estéril. Es más, algunas incluso tienen la compulsión de producir familias numerosas (Jacobson, 1946).

La gran mayoría de autores avocados al estudio de la infertilidad por la vía de la psicodinamia, afirma que la esterilidad en sí misma puede ser una defensa de la personalidad perturbada contra las presiones del embarazo y la maternidad, ante las cuales se siente o sin ganas o sin capacidad para enfrentarlas.

Un lugar común para la psiquiatría moderna es el hecho de que los deseos conscientes y aspiraciones del paciente son frecuentemente muy distintos, e incluso opuestos, a sus deseos inconcientes. Las defensas son mecanismos básicos, inconcientes, mediante los cuales un ser humano se protege contra un miedo o una incapacidad, a fin de poder enfrentar su vida. En el caso de la infecundidad, estas defensas representan un proceso psicogénico contra el cual pueden ser contruidos o derribados (según sea el caso) los peligros de la reproducción (Sloan, 1982-83).

Cada mujer casada está expuesta a presiones culturalmente determinadas de parte de su marido, parientes y amigos en relación a la maternidad. Hay un estigma asociado a la palabra estéril. El término en sí mismo denota: vacío, inservible, superfluo, vano, estancado, rancio. Sorprende poco, entonces, que los esfuerzos conscientes de la mayoría de las mujeres se alejen de cualquier deseo contrario al rol asignado a ellas por la sociedad. Nuestra cultura asume que la infertilidad es indeseable.

Entre los estudiosos de esta temática desde la perspectiva psicodinámica, se encuentra Benedek (1960), quien considera a la infecundidad psicógena como una defensa contra los peligros inherentes de la función reproductora. Esta autora estudió la infecundidad y la reproducción en mujeres durante

varios años y concluyó que los varones y las mujeres alcanzan su madurez sexual a través de la reconciliación de su impulso sexual con su superyo. Esto es, la madurez sexual se logra cuando un sujeto hace una "componenda" satisfactoria entre sus instintos sexuales y su sentido de culpa.

En sus investigaciones, Benedek (1960) observó que durante la fase estrogénica de su ciclo menstrual, la mujer es más activa y más apta a buscar experiencias sexuales. Durante la fase lútea, la mujer es más calmada y receptiva. Gusta más de las comidas. Se vuelve a sí misma, hacia su propio cuerpo. Estas tendencias receptoras, empero, reviven no sólo el placer sino también el dolor, la ansiedad y los conflictos que conlleva la fase dependiente de su desarrollo. Si su desarrollo psicosexual fue inadecuado, este incremento en las tendencias receptoras puede ser una experiencia amenazadora, hacia la cual puede responder, al final y en definitiva, con infecundidad.

Este estado de la fase progestacional —que por lo demás, conlleva un gran incremento de fantasías y ensoñaciones hacia el embarazo— causa también conflicto en la mujer orientada hacia una carrera profesional. Estas urgencias se vuelven un obstáculo antagónico a su yo ideal. Así, estas mujeres pueden luchar contra la necesidad biológica de la

maternidad y crear defensas que se vuelven inconcientes. La urgencia de la experiencia sexual, las fantasías del embarazo y los sueños pueden volverse ajenos a su yo y ser manifestados en forma de síntomas peligrosos, que originan evitar las relaciones sexuales en ese lapso.

Benedek (1960) también subrayó que las mujeres embarazadas y que amamantan, a menudo desarrollan una complacencia satisfactoria hacia un estado del ser al cual pueden tratar de retornar repetidas veces. La introversión y regresión del embarazo reabastecen las energías de la mujer sana, pero representan un peligro para las que no han alcanzado un nivel de integración psicosexual necesario para la reproducción. La introversión y la regresión reactivan las ansiedades y el dolor de la fase oral de desarrollo, de la cual algunas mujeres deben escapar. En esas mujeres, la infecundidad es un escape del conocimiento y conciencia del fracaso y la inadecuación.

Benedek, Ham, Robbins y Rubenstein (1953) intentaron investigar algunos de los conflictos psicológicos presentes en la infertilidad funcional o psicógena. Para ello, estudiaron a 6 mujeres en quienes no existía daño orgánico alguno para procrear pero cuyos maridos sufrían de un bajo conteo espermático y, en un sólo caso, azoospermia.

Debido a esta situación, estas mujeres estaban sometidas a un tratamiento de inseminación artificial. Es de sorprender el hecho de que los intentos de embarazo vía la inseminación fuesen fallidos, ya que ellas no tenían ningún daño que impidiese la fecundación.

Los autores recalcan el hecho de que mientras que en los animales, la inseminación artificial es exitosa en un 99% de los casos, en las mujeres varía entre un 4% y un 30% en un promedio de ocho inseminaciones.

A pesar de que las manifestaciones concientes de estas pacientes indicaban un franco deseo de ser madres -no obstante el sentimiento de ambivalencia que reportaban hacia el procedimiento de inseminación- el análisis de los sueños reveló un conflicto persistentemente negado en el discurso conciente de las pacientes, vinculado con un gran temor ante el embarazo y el contacto y cuidado de un hijo.

La forma más eficiente de esta negación se reflejaba en la perseverancia de intentos de inseminación, lo que traía como consecuencia que toda la libido de estas mujeres quedara ligada al conflicto, dejando poca disponibilidad para las relaciones sexuales satisfactorias con sus cónyuges, terminando por favorecer un segundo síntoma: la frigidez.

Las principales fantasías de estas pacientes hacia la maternidad eran las de daño corporal durante el embarazo y el parto y la vivencia del hijo como un enemigo. Por otro lado, todas las pacientes demostraron tener un vínculo de intensa dependencia hacia una madre por quien sentían haber sido frustradas.

Por su parte, Helena Deutsch (1944) propuso que los conflictos primordiales vinculados a la infertilidad emocional eran el temor y la culpa. El temor hacia el embarazo, a ser dañada, a la muerte, a ser sustituida por el hijo. Y culpa, por la rivalidad con la madre.

En gran coincidencia con esta autora, se encuentran los hallazgos de Morris y Sturgis (1959) y Fischer (1953).

Los primeros encontraron, en un estudio que valoró las fantasías concientes de parejas infértiles, que en las mujeres de este grupo existía un temor a sufrir un daño físico, ya sea en el coito, en el embarazo o en el parto, o bien, el temor a tener un hijo defectuoso. Este miedo era compartido por los hombres de estas parejas, quienes además tenían la fantasía de un coito sádico con la consecuente preocupación de dañar a su mujer durante el acto sexual.

Fischer (1953) coincide en buena medida con las

observaciones de Morris y Sturgis (1959) y encuentra una serie de miedos vinculados al embarazo, al parto, a la maternidad, a la pérdida de la figura corporal o la pérdida del esposo, adjudicando a esta patología la existencia de una infancia infeliz.

Santiago Ramirez (1960) propone como génesis de esta patología el nacimiento de hermanos menores, en tanto que Rutherford (1965) lo relaciona con la incapacidad de permitir que un tercero interfiera en la diada madre-hijo, debido a un fuerte componente de celos en este tipo de pacientes.

Por su parte, Loftus (1962) investiga los aspectos dinámicos que subyacen a la amenorrea anovulatoria. Estudia a 5 pacientes que se encontraban bajo tratamiento psicoterapéutico y concluye que existen dos emociones fundamentales en el perfil dinámico de estas pacientes, a saber: la culpa y la ira.

La primera es considerada por el autor como una emoción vinculada con la emergencia del miedo, sumado a un deseo no explicitado de ser perdonadas, lo que da como resultado un "miedo culpable".

En lo tocante a la ira, cabe decir que todas estas mujeres



recurrían a controles obsesivos para manejarla. Sin embargo, cuando en su proceso terapéutico lograron hacer consciente esta emoción y pudieron expresarla en forma elaborativa, ocurrieron cambios hormonales favorables, reanudándose de forma espontánea el ciclo menstrual en cuatro de ellas.

El perfil psicodinámico esbozado en este artículo supone, en estas mujeres, una gran incapacidad para identificarse con una madre culpígena a quien, en esencia, se odia y se teme.

Por otro lado, Bos y Cleghorn (1958) vuelven a enfatizar el hecho de que los deseos conscientes de una mujer pueden ser antagónicos a los inconscientes y proponen que los conflictos intrapsíquicos importantes en esta patología surgen por rechazo del papel femenino; por ansiedad y temor originados por una fase traumática oral de desarrollo; por conflictos con la imagen corporal y por fantasías y distorsiones sexuales primitivas.

Cuando estos conflictos le "exigen" a una mujer que no se embarace y, simultáneamente, su familia o la sociedad le exigen que procreé, la mujer con un yo más fuerte se torna infecunda, pero aún así dice al mundo que desea procrear. Por su parte, la mujer más débil sufrirá desorganización de su yo y enfermedad emocional. La esterilidad en estos casos se vuelve un proceso defensivo definitivo.

Sandler (1968) es otro de los autores que plantea que la esterilidad puede ser una defensa de perturbaciones de la personalidad contra la experiencia del embarazo y la maternidad. Sin embargo, él sugiere que la infecundidad es una manifestación de una alteración total de la personalidad, tesis que ha invitado a varios autores a hacer estudios prospectivos para probar o descartar esta hipótesis, sin que haya podido ser aceptada o refutada hasta el momento.

Sandler (1968) considera que, ya que los fármacos como el clomifeno corrigen la anovulación psíquica, es necesario proteger el proceso defensivo hasta que la conmoción intrapsíquica que surge pueda ser tratada con eficacia, pues de lo contrario, eliminar las defensas puede tener un efecto desastroso de desorganización de funciones del yo apenas integradas. Este autor relata algunos casos de tratamiento satisfactorio de la infecundidad que terminaron en el suicidio o en abuso de menores.

En esta misma línea de pensamiento, Benedek (1952) enfatiza la posibilidad de que aquellas mujeres que desarrollan un síntoma de infertilidad sin causas orgánicas aparentes -a la manera de un mecanismo defensivo frente a ansiedades primitivas- sean pacientes con un yo relativamente fuerte, ya que, otra paciente con un yo débil, ante las mismas

ansiedades, seguramente estructuraría una psicosis.

Plantea que en el caso de las mujeres que han desarrollado una defensa por la vía de la infertilidad, será necesario encontrar, elaborar y resolver los conflictos internos disparadores de esta sintomatología antes de lograr un embarazo pues de lo contrario, se corre el riesgo de que dichos conflictos se reediten en el proceso de embarazo y en el vínculo con el hijo. Un año más tarde, Langer y Parks Ochandorena (1953) llegan a la misma conclusión.

Rutherford (1965) y Rutherford y col. (1960) también recomiendan que en los estudios de rutina a que se someten las parejas infértiles, se agreguen estudios psicométricos para detectar la posible presencia de trastornos emocionales que requieran tratamiento. Insisten en especificar que la infertilidad puede ser una defensa ante trastornos más severos.

Bos y Cleghorn (1958), a su vez, proponen que se averigüen las razones por las que una mujer desea un hijo tanto como las razones por las que no lo desea. Recomiendan también la investigación psicológica y psiquiátrica de la pareja.

Langer y Parks Ochandorena (1953) desarrollaron una investigación con mujeres con esterilidad causada por

espasmo de las trompas, entendiendo esta patología como una enfermedad originada por factores psicósomáticos. Se trataba de enfermas muy emotivas y nerviosas, cuya ansiedad era evidente.

El procedimiento consistió en hacer una insuflación tubaria, misma que en todos los casos estudiados mostraba impermeabilidad de las trompas. Citaban para pocos días después a la misma paciente que, como ya conocía las molestias naturales del procedimiento, se presentaba más tranquila, lo que daba como resultado un pasaje franco a poco de iniciar la insuflación.

Todas las enfermas eran frías. La esterilidad de todas -menos de la última, que presentaba además del espasmo tubario, ciclos anovulatorios- era meramente "nerviosa".

Para Langer y Parks Ochandorena (1953), la esterilidad psicógena es el resultado de determinado tipo de defensa -el espasmo- que el yo de la mujer adopta frente a determinado peligro -el embarazo- y todo lo que éste significa para su inconsciente. Si la defensa queda eliminada en el momento de la fecundación por medios farmacológicos, sin que se modifique el temor inconsciente al embarazo, el yo recurre de nuevo a su defensa durante el transcurso de la gestación.

Por lo tanto, si un psicoanálisis, que en sí está indicado por el conflicto subyacente a la esterilidad no está al alcance de la enferma, será menester recurrir para toda la duración del embarazo a la psicoterapia, a fin de asegurar en lo posible un embarazo y un parto normales. Dunbar y Squier (1946) recomiendan que toda mujer embarazada y, especialmente toda mujer cuya estructura haga prever mayores trastornos de embarazo vea, con la misma frecuencia con que visita a su médico partero, a un psicoterapeuta.

En los animales superiores y en el hombre existe una "actitud de alarma" en la cual la musculatura es utilizada con fines defensivos que consisten en la contracción de la musculatura voluntaria y de la involuntaria. Esta actitud de alarma significa un arquetipo muscular, existente en todos los hombres.

La mujer que teme a la fecundación como peligro proveniente del mundo externo, reacciona inconcientemente con una actitud de alarma, centrada en la musculatura correspondiente al lugar por el cual el peligro puede irrumpir en su organismo. Por eso, reacciona frente al coito con vaginismo, con un cerrar del canal cervical o justamente con un espasmo de trompas (Langer y Parks Ochandorena, 1953).

Estos autores se preguntan por qué, si la mujer ve en un embarazo un peligro mortal, acepta las relaciones sexuales sin tomar precauciones anticonceptivas o por qué va de médico en médico y se somete a exámenes y, a menudo, a operaciones molestas y dolorosas. Su respuesta es: "porque existe en ella un conflicto intenso, generalmente inconciente, entre el deseo de tener un hijo y el rechazo violento de este deseo. El espasmo de las trompas es la forma más íntima y primitiva de defensa contra el deseo peligroso. Es la última barrera física que la mujer opone a la fecundación. Una barrera más externa es el vaginismo o la fobia a la desfloración, su situación psicológica correspondiente. Una defensa intermedia de poca eficacia real es la frigidez vaginal, que no impide forzosamente la fecundación pero generalmente acompaña a la esterilidad psicógena, porque la mujer que inconcientemente teme la fecundación, no puede abandonarse en el momento más peligroso de la relación sexual y prescindir de su conciencia. Tiene que cerrarse y quedar alerta. Frecuentemente expulsa el semen, sin dejarlo pasar por el canal cervical".

El espasmo tubario es, pues, una defensa contra el peligro de fecundación. Pero ocurre a veces que la mujer cede en determinado momento a su deseo de maternidad, permitiendo el pasaje de los espermatozoides con la consiguiente

fecundación del óvulo. Si vuelve después a su defensa primitiva, recurriendo de nuevo al espasmo tubario e impidiendo así la migración normal del óvulo fecundado, produce un embarazo ectópico.

Con la misma línea de pensamiento, Rubenstein (1951) hace un estudio clínico y psicológico completo de 5 mujeres estériles a quienes diagnostica como esterilidad psicógena. Las enfermas tenían antecedentes familiares, ambientales y somáticos muy diversos, pero mostraron un problema central común a todas ellas: detrás de una aparente admiración y cariño por la madre, existía una gran hostilidad hacia ella. Este odio era la causa psicógena profunda de la infecundidad de las 5 enfermas. La hostilidad inconciente era tan intensa que temían matar al hijo si llegaban a tenerlo. Este conflicto se manifestaba a través de sueños. El autor sostiene que puede haber también otras causas de esterilidad pero aconseja psicoterapia en todos los casos en los que una investigación psicológica profunda descubre tal hostilidad contra la madre.

Langer y Parks Ochandorena (1953) concuerdan con Rubenstein (1951) en que el resentimiento oral contra la madre es una causa fundamental de esterilidad.

En otro trabajo, Langer (1958) examinan algunos conflictos

psicológicos vinculados con ocho pacientes infértiles tratadas por ella con anterioridad (Langer, 1951). Plantea que un factor común en la constelación familiar de estas mujeres fue el de una figura materna predominante mientras que el padre era débil, rechazante o ausente.

En todas las pacientes se pudieron demostrar frustraciones durante la época oral que se adjudicaron, en la mitad de los casos, a un nuevo embarazo de la madre.

Sin embargo, lo más llamativo de esta investigación fue una circunstancia particular hallada en siete de las ocho mujeres: todas ellas tenían un gran sentimiento de odio contra la madre embarazada (ya sea conscientemente o en el plano de las fantasías) que adquirió mayor importancia cuando, durante su infancia, tuvieron lugar accidentes trágicos relacionados con la maternidad y que satisfacían, en un plano inconciente, sus deseos de venganza (partos difíciles de la madre, muerte de la misma durante un parto, un estallido de psicosis puerperal en la madre o la muerte de un hermano más joven y rival), lo que las hacía creer en la omnipotencia de su odio.

Sólo una de las ocho pacientes se libraba de traumas externos serios durante su infancia, aunque se trataba de la menor de los hijos y, como se sabe, las fantasías frecuentes



en tales casos se refieren a haber prevenido mágicamente que la madre tuviera otro bebé, dando así poder a la fuerza de los propios celos.

De esta manera, cabe afirmar que todas las pacientes tuvieron fantasías extremadamente agresivas contra una madre fértil. La falta de una realidad reaseguradora les hizo creer que sus impulsos destructivos contra ella habían sido omnipotentemente satisfechos. El objeto amado fue destruido más allá de la posibilidad de reparación, constituyéndose así la representación de una madre destruida.

Es este odio contra la madre embarazada el que más tarde impidió a estas mujeres identificarse con ella y embarazarse, pues temían sufrir, entonces, todos los males que antes le desearon a ella.

Todo esto lleva a Langer (1958) a concluir que el factor principal que conduce a una identificación peligrosa con la madre en su función creativa es el temor originado en los impulsos hostiles dirigidos contra ella, arrastrando como emoción básica a la envidia.

Melanie Klein (1932) sostuvo que la envidia al pene en la niña surge primero como consecuencia de su conflicto oral con su madre y de sus celos edípicos. Su temor de ser

destrozada internamente -por ejemplo, en su feminidad- debido a sus ataques dirigidos contra el interior del cuerpo de su madre y su rivalidad con su padre son las causas principales de su deseo urgente de poseer un pene. De esta forma, la envidia al pene es reconocida principalmente como de naturaleza defensiva, aunque este concepto ha caído gradualmente en desuso.

En 1955, Melanie Klein nos hace dirigir nuestra atención una vez más hacia la envidia, pero esta vez en referencia al pecho.

En este momento parece necesario resumir las conexiones existentes entre ambas formas de envidia.

1) Como Melanie Klein descubrió ya en 1928, la voracidad de la niña pequeña y su envidia del pecho la hace envidiar y desear el pene del padre también, porque ella cree que la posesión de este órgano lo posibilita a él a recibir el pecho materno. Así, la envidia del pene es proporcional a la intensidad, la voracidad y la envidia del pecho.

2) Dado que la envidia del pecho conduce a la niña a atacar el cuerpo de la madre y a temer su contraataque, se defiende contra su temor de ser destruida en su

feminidad adoptando una posición masculina -que la conduce a su envidia del pene. Esta envidia es, por tanto, el resultado de su envidia del pecho.

3) La niña abandona el pecho y recurre al pene porque ella considera a éste, en sus fantasías, como un pecho más valioso e insaciable. Pero así como su envidia del pecho se origina en la fantasía de que éste se autoalimenta, ella entonces reacciona al pene con envidia y celos, en la sospecha que este último también se alimenta a sí mismo. De esta forma, la envidia del pecho se transforma directamente en envidia del pene.

4) Finalmente, la falta de cualquier órgano creativo -ya sea el pecho adulto o el pene- forma la raíz de su envidia de ambos.

Si la envidia de la fuerza creativa de la madre ha sido especialmente intensa debido a factores constitucionales o si una realidad desfavorable ha hecho que la niña sienta esta envidia como muy dañina, tendrá dificultad de enfrentarla. Aparte, ya que sólo envidiamos lo que no poseemos nosotros mismos, esta envidia será reforzada posteriormente cuando descubra que su fertilidad, por ejemplo, está realmente privada del poder biológico de la creación. Así, la envidia se convertirá en el centro de su

problema.

Langer (1958) considera una última pregunta: en general, ¿cuál es el riesgo que una mujer estéril tiene que enfrentar en virtud de su envidia y con qué mecanismos psicósomáticos se defiende contra ella? Retomando la perspectiva Kleiniana, la autora afirma que la envidia surge de la primera relación madre-hija y consiste en el deseo de robar o destruir su poder de creación al poner partes malas y malos excrementos en el interior de ella.

Puede observarse con gran claridad esta envidia del poder creativo de la madre fértil en mujeres estériles o infértiles. Dado que desde niña su envidia es sentida como muy dañina, la pequeña realmente cree que ha destruido la capacidad creativa de la madre mediante su poder. Más adelante, el deseo de ser madre aparece a fin de reparar el daño que ella ha causado. Sin embargo, como resultado del uso excesivo de identificación proyectiva, experimenta el pene, el semen o el feto como malos excrementos, representando malas partes de la madre que serán forzadas dentro de ella (la paciente) para arruinarla y destruir los objetos buenos que ella trae consigo adentro.

La envidia del pene está relacionada con la envidia del poder creativo de la madre, porque en la situación edípica,

los padres son percibidos y sentidos como una figura combinada (madre en posesión del pene del padre). Pero además del celo edípico, la envidia del pene per se convierte al pene y su producto en órgano y sustancias peligrosas.

Finalmente, la mujer estéril, motivada por su rivalidad con el pene creativo, puede tener la fantasía "partenogenética" de concebir una criatura ella sola y por sí misma.

La mujer estéril se embaraza motivada principalmente por su necesidad de reparación. Pero mientras la criatura crece dentro de ella, siente que su perseguidor (que le recuerda del peligro a ella y a sus objetos buenos) está creciendo también.

Langer (1958) concluye así que la incapacidad de la niña de identificarse con una madre fértil es el factor central en sus futuros problemas de infertilidad. Esta incapacidad es una consecuencia de sus fantasías hostiles y envidiosas hacia la madre creativa y tiene resultados más serios y difíciles de superar cuando una realidad adversa -accidentes trágicos ocurridos a la madre o a sus críos- la hacen sentir que ella ha destruido al objeto amado más allá de la reparación. Como adulto, ella oscilará entre reacciones paranoides y depresivas en relación al embarazo.

UN CASO CLINICO

Edith Jacobson (1946) analizó a una paciente de 35 años de edad, con una depresión neurótica aguda. La principal razón para su depresión era que durante diez años de vida marital había fallado en lograr un embarazo. La causa aparente de la esterilidad era una deficiencia ovárica. Después de dos años de periodos regulares, su menstruación se había detenido súbitamente a la edad de 16 años y por aproximadamente 19 años fue amenorréica. El tratamiento médico no logró reinstalar sus ciclos menstruales.

Al principio de su análisis, la paciente fue enviada a repetir un chequeo clínico general, que mostró signos y síntomas de una deficiencia hormonal generalizada. Tanto el internista como el ginecólogo que la vio pensaron que la situación de la paciente era irreversible y que la esterilidad era definitiva.

Los datos y fantasías que fueron apareciendo durante el análisis de esta paciente pueden resumirse de la siguiente manera:

- Era la hija de enmedio (la cuarta de 8 hermanos).
- Tenía un padre sumido en la pasividad, en tanto que la madre era profundamente dominante y compulsiva.

- Había sufrido la muerte de un hermano menor, de la cual ella se sentía absolutamente responsable (a la manera del pensamiento omnipotente).
- Siempre quiso estudiar una carrera, pero no lo logró.
- Tenía sentimientos envidiosos hacia una hermana que había terminado una carrera y que tenía un bebé.
- Tenía intensos celos por una hermana menor que ella 14 meses.
- De pequeña tenía el deseo de ser hombre y por años trató, por ejemplo, de orinar parada.
- Se sentía la menos importante de todas sus hermanas y mucho menos importante que sus hermanos varones.
- El vínculo con su marido era un vínculo totalmente desvalorizado. Sentía hostilidad y miedo hacia los hombres.
- Tenía fantasías concientes de destruir los genitales masculinos. De hecho recordaba jugar a aplastarle los genitales a un hermano que finalmente falleció.
- Esto la llevaba a tener fantasías de coito sádico.
- Tenía gran envidia y hostilidad contra los embarazos de la madre. Su rivalidad la llevaba a sentir que ella era la madre de sus hermanos menores y de hecho trataba de asumir con ellos el papel de madre.
- Una hermana pequeña sufrió una lesión en una pierna y ella, como con el hermano muerto, vivía la culpa de sentirse responsable de la situación, movida por el odio

que sentía hacia la hermana.

Como podrá notarse, este caso clínico muestra, con mucha contundencia, los mismos rasgos de personalidad descritos por Langer y Parks Ochandorena (1953), Rubenstein (1951) y Langer (1951, 1954) a lo largo de este capítulo:

padre sumiso; madre dominante; muerte y enfermedad de hermanos menores (con fuertes sentimientos de culpa por ello); envidia (hacia la hermana y la madre fértiles); intensos celos (hacia la hermana menor); una frustración oral importante (la hermana nace cuando ella tiene 1 año y dos meses de edad); envidia del pene (fantasías de ser hombre y deseos de destruir los genitales masculinos); miedo al mal trato durante la relación sexual (fantasías de coito sádico) y envidia del pecho (fantasías de ser ella la madre de los hermanos).

El análisis sistemático de estas fantasías permitió que durante el primer tiempo del tratamiento, la paciente tuviera un cambio físico importante: engordó, sus pechos crecieron y empezó a comer regularmente. Después del sexto mes, la paciente empezó a considerar seriamente la posibilidad de una adopción y se puso en contacto con una agencia, pero en el octavo mes de su análisis, la paciente se embarazó sin haber menstruado previamente. Su condición



de embarazo fue detectada por su analista en el cuarto mes de embarazo y confirmada por su ginecólogo. Después de un embarazo perfectamente normal, la paciente tuvo un parto y un bebé sanos.

PSICOPATOLOGIA DE LA INFERTILIDAD EN EL HOMBRE

Rutledge (1979) afirma que en el 40% de los casos de infecundidad, la alteración reside básicamente en el varón. Resulta entonces sorprendente el hecho de que se encuentren tan pocos estudios vinculados con la personalidad de los hombres en parejas infecundas ya que, de acuerdo con este autor, el 90% de estos casos podría ser de indole psicógena.

Seibel y Taymor (1982) plantean que los factores emocionales pueden afectar negativamente la fertilidad en el hombre. De hecho, Weisman (1962) observó que arriba del 10% de los hombres infértiles mejoran en el análisis de semen después de cesar todo tratamiento por un periodo prolongado de tiempo.

La idea de que la ansiedad puede llevar a la oligospermia ha sido apoyada en un reporte de Steve del año 1952 (citado en Seibel y Taymor, 1982) donde se describen resultados de biopsias testiculares obtenidas de hombres que esperaban una sentencia después de haber violado y embarazado mujeres. Se encontró un bloqueo espermatogénico completo en todos los especímenes.

Más aun, en 1933, Sand (citado en Seibel y Taymor, 1982) demostró que la espermatogénesis se hallaba impedida en

prisioneros sentenciados a muerte pero cuyas ejecuciones fueron postergadas por un largo tiempo.

Varios autores han propuesto explicaciones fisiológicas para la oligospermia. Por ejemplo, Levine, Lloyd, Lobotsky y Friedrich, (1967) demostraron que la administración excesiva de epinefrina, usada intravenosamente en hombres saludables, lleva a reducciones significativas en la producción de testosterona. De forma similar, MacLeod (1965) probó que el exceso de epinefrina y corticoides puede influir tanto la corteza como el hipotálamo, la hipófisis o directamente los testículos.

Por su parte, Palti (1969) reportó cuatro tipos de perturbaciones influenciadas por factores psicológicos en hombres infértiles: impotencia, eyaculación falsa o fingida, eyaculación retardada y oligospermia.

En concordancia con estas premisas, Amelar y col. (1977) consideran que un efecto obvio que el stress emocional causa sobre el varón es la ocurrencia de la impotencia. Estiman que más del 10% de la infertilidad puede ser parcial o completamente explicada sobre la base de la disfunción sexual del varón, misma que puede aparecer seguida del descubrimiento de una azoospermia (Berger, 1980) o como resultado de las demandas de una ejecución sexual durante

una investigación de infertilidad.

El rechazo o el titubeo para suministrar una muestra de semen, la inhabilidad para lograr un coito para los exámenes postcoito, la historia previa de problemas en el ajuste sexual o una actitud de "mostrar quién es el culpable", pueden servir como signos que advierten de posibles problemas inherentes en la evaluación (Bullock, 1974).

Dado que la ovulación es entendida por muchas parejas como el tiempo más fértil del ciclo, este problema puede presentarse como un patrón de disfunción sexual a la mitad del ciclo (Drake y Grunert, 1979). En estas circunstancias, la pareja deja de "hacer el amor" y en lugar de ello intenta "hacer un bebé". Bajo estas condiciones, no es de sorprender que un marido tenga dudas respecto a si podrá tener una ejecución adecuada una vez que ha experimentado su primer episodio de disfunción sexual.

Diversos estudios de infecundidad -incluidas algunas investigaciones sobre las personalidades de mujeres que se embarazaron y abortaron espontáneamente- señalan una elevada frecuencia de problemas emocionales en el hombre, en especial depresión, acompañada de una intensa ambivalencia respecto al embarazo de su esposa (Kaplan y Rothman, 1972; Karahasanoglu, Barglow y Growe, 1972; Kroger, 1962 y

Reubenstein, 1951).

En coincidencia con estas ideas, Abse (1966) concluyó que en los varones con infertilidad funcional existía una psicopatología análoga a la de las mujeres en esta condición. La descripción incluye una reacción ambivalente en relación con la procreación y el conflicto de identidad sexual.

Por su parte, Platt y col. (1973) observaron que si bien los factores generales de personalidad de los varones infecundos son similares a los de las mujeres, los primeros, al parecer, no muestran trastornos tan graves.

En la misma línea, Rutledge (1979) encontró una elevada frecuencia de perturbaciones de personalidad tanto en varones como en mujeres infértiles. En algunos casos el varón pareció estar menos perturbado que su esposa, aunque el diagnóstico profundo indicó que ambos por igual sufrían un trastorno latente. Sin embargo, considera que el tratamiento de estos varones sintomáticos tiende a ser vicariante -esto es, se hace a través de sus esposas- sin que nunca se enfrenten a sus propios problemas. El método tradicional de tratar sólo a la mujer de una pareja infecunda hace que estos varones no sean identificados y, en consecuencia, tratados.

En términos generales, los estudios indican que los varones de parejas infecundas tienen una predisposición a sufrir el agobio de situaciones de gran tensión, que a menudo se manifiestan por una disfunción sexual más intensa que en el hombre promedio, hasta culminar en la impotencia total (Amelar, 1966 y Dubin y Amelar, 1971).

Diversos autores piensan que el impotente psicológico es más neurótico que psicótico (Dubin y Amelar, 1971; Kaplan y Rothman, 1972 y Sennoussi, Coleman y Tauber, 1959).

Rutledge (1979) considera que en los varones con trastornos de vieja fecha, la ansiedad está por lo regular reprimida y canalizada a estos síntomas de disfunciones psicofisiológicas o del sistema autónomo. La impotencia eyaculatoria o eréctil no es más que un padecimiento psicofisiológico de vías genitourinarias que tiene raíces emocionales.

De acuerdo con las observaciones hechas por este autor, estos varones sufrieron de traumas psíquicos en etapas tempranas de la vida, que se manifestaron en problemas de alimentación, enfermedades físicas y sobreprotección o indulgencia excesiva -y a veces de "seducción"- por parte de la madre.

Por lo regular, los padres fueron individuos que lograron éxito en sus actividades, pero fueron distantes, competitivos y demasiado indulgentes con el hijo, cuya relación con el padre fue totalmente ambivalente.

En comparación con otros varones se sienten inferiores, menos agresivos y pueden ser prominentes aunque en muchos casos sufren de una ansiedad homosexual latente. Tienen suaves maneras y su conducta es contenida y tratan de agradar a todos. Sin embargo, en su interior son fuertemente competitivos y tienen grandes problemas de hostilidad reprimida, que se manifiesta en actividades pseudo-agresivas y pseudo-masculinas.

En las relaciones con sus mujeres son temerosos, "tentativos" y muestran una notable dependencia infantil, similar a la relación madre-hijo, misma que puede ser disimulada por una relación pseudo-agresiva con la esposa.

Muestran menor interés en el sexo que el varón promedio y a veces se sienten incapaces de realizarlo o consideran el acto como una carga que les imponen las mujeres, situación en la cual deben probarse a sí mismos su masculinidad.

Su personalidad tiende a mostrar rasgos compulsivos e histéricos (Rutledge, 1979; Izaurieta, 1980) y en

ellos predominan los aspectos orales y fálicos de la conducta sexual. Esta tiene un carácter fuertemente oral. Falla a nivel genital y tiene éxito sólo a nivel oral del lactante.

En su inconsciente, la culminación satisfactoria del sexo es considerada como agresiva, hostil o sanguinaria. En la eyaculación prematura —a menudo un factor que participa en la infecundidad— el varón manifiesta su debilidad por este tipo de fenómeno y con ello niega el deseo de ser afirmativo, potente o agresivo y en la misma forma genera una frustración interminable a la mujer hacia la cual él muestra ambivalencia (Kaplan y Rothman, 1972).

Por su parte Abse (1966) considera que en el varón con infecundidad funcional existen conflictos relacionados a deseos incestuosos inconscientes y fantasías sádicas, así como impedimentos para asegurar una identificación agresiva masculina en el proceso de crecimiento. Plantea que este tipo de conflictos requiere de una resolución en una psicoterapia.

El autor propone que la gente puede alcanzar un desarrollo intelectual considerable sin que esto corresponda a un desarrollo emocional y sensual. Puede persistir una disposición a la ansiedad y a sentimientos de culpa a causa



de fuentes inconcientes de distorsión, que pueden impedir el placer o producir dolor, resultando dañinos en la interacción sexual.

Abse (1966) plantea que otro aspecto de las ansiedades e inhibiciones despertadas que impiden la fertilidad masculina en el matrimonio es el factor "reactivo" relacionado con la pareja femenina. Como en el matrimonio no sólo estamos preocupados con un individuo, sino con las transacciones entre dos o más sujetos, este aspecto se encuentra dentro de la esfera de una discusión adecuada acerca de la infertilidad psicogénica masculina.

Así, un hombre puede pasar a un segundo matrimonio, el cual es fértil, después de un primer matrimonio infértil con una mujer aparentemente sana; ella, a su vez, quizá pueda también concebir en una segunda experiencia matrimonial.

A veces, las hostilidades interactivas, no directamente expresadas, llegan a un punto en el que la culpa por la falta de hijos es dirigida hacia el hombre, o al funcionamiento de su aparato sexual. Frecuentemente, en estas circunstancias, llega a producirse una disfunción sexual.

En tales casos de conflicto marital, la infertilidad está

causada o agravada por las proyecciones de inadecuación que cada miembro de la pareja proyecta hacia el otro como una defensa narcisista. Especialmente bajo estas circunstancias, los exámenes médicos repetidos de un hombre pueden convertirse en el reforzamiento iatrogénico de respuestas sexuales negativas, al incrementar su resentimiento (Bullock, 1974).

Este varón comienza a percibir a los doctores como opresivos, aliados a su mujer hostil en un coro para devaluar su poder masculino. Cuando llega el momento del énfasis de las fluctuaciones repetitivas de la cuenta espermática y sus características morfológicas, es generalmente en el encuadre de la relación matrimonial donde la situación se vuelve mutuamente decepcionante en general y disruptiva en lo particular.

UNA VIRETA CLINICA

La conjunción de todas estas características de personalidad del hombre infecundo es puesta en evidencia en un caso clínico reportado por Heiman y Kleegman (1966). Estos autores describen las fantasías de un hombre cuya esposa estaba sometida a un procedimiento de inseminación artificial con semen de su conyuge. Este último estaba bajo tratamiento psicoanalítico. Presentaba eyaculación precoz (con lo que maltrataba a su mujer) y no deseaba el embarazo. En los sueños expresaba un gran temor de dañar a su esposa debido a impulsos sádicos y fantasías incestuosas. Asimismo, temía que el hijo naciera y separara al matrimonio. Aunado a esto, expresaba un sentimiento de incapacidad para enfrentarse a la responsabilidad de la paternidad.

## **VI. Sexualidad e Infertilidad**

Según Berger (1980 b), la pregunta más difícil dirigida a un psiquiatra en una unidad de biología reproductiva sería, sin lugar a dudas: si los factores psicológicos pueden causar infertilidad. Este autor supone que la manera más simple y comprensible en que estos conflictos podrían jugar un rol causativo sería por su efecto sobre la ejecución sexual.

Elstein (1975) señala que las dificultades sexuales deben clasificarse de acuerdo con el problema particular de desempeño. En los hombres esto se traduce como:

- impotencia (la falla para mantener la erección);
- problemas eyaculatorios (que van desde la eyaculación prematura hasta la ausencia absoluta de la misma) y
- problemas relacionados con la frecuencia sexual.

En la mujer, los problemas sexuales se clasifican como:

- una ausencia o disminución de la libido (la inhabilidad para excitarse sexualmente);
- inhibición del orgasmo y
- vaginismo.

Una ordenación más pragmática es aquella en la cual se describen los problemas sexuales como primarios o secundarios (esto es, si los problemas en el desempeño sexual han estado siempre presentes o se instalaron recientemente). Los problemas secundarios tienen un mejor

pronóstico.

Keye y Deneris (1982-83) declaran que, a pesar de la creciente conciencia de la perturbación emocional que surge en las parejas con dificultades para la fertilidad, existen pocos estudios bien diseñados sobre el impacto de la infecundidad en la función psicosexual. Entre ellos se pueden contar los de Bullock (1974), Elstein (1975), Rutledge (1979), Kraft, Palombo, Mitchell, Dean, Meyers y Schmidt (1980) y los mismos Keye y Deneris (1982-83).

Como resultado de esta falta de estudios, la mayor parte de lo que conocemos sobre la satisfacción y función sexual en mujeres y hombres infértiles es prácticamente anecdótico más que realmente científico. Por ende, contamos con información muy limitada sobre la prevalencia de los tipos y las causas de los problemas sexuales en las personas con esta patología.

En realidad, habría que examinar lo que sucede en el mundo interno de los hombres y mujeres que sufren la infertilidad, para comenzar a comprender la relación entre ésta y las disfunciones sexuales, sobre todo a partir del momento en que la pareja se integra a algún tipo de tratamiento o programa de investigación.

SEXO POR PLACER Y SEXO POR DEBER

Tras un año o más de relaciones sexuales sin protección y, a la vez, sin concepción, la mayoría de las parejas consultan a un médico, quien empieza una evaluación de la infertilidad. Esta valoración sirve para aumentar, en la pareja, el impacto del angustiante síndrome de "esta noche es la buena".

Llevando un recuento de la temperatura basal corporal, así como la elaboración de tablas coitales, (ambas muy comunes en los primeros meses de la investigación sobre infertilidad) se le enfatiza a la pareja la importancia de concentrar las relaciones sexuales dentro de una o varias noches específicas durante el ciclo.

Esto se convierte en la primera vez en que tantas parejas se verán obligados a compartir la intimidad de su conducta sexual con un tercero: el médico.

En un estudio realizado por Amelar y col. (1977) 5 parejas entrevistadas sintieron que programar la prueba postcoito les añadía una ansiedad adicional a la exigencia de relaciones sexuales exitosas, ya que no sólo se le pedía al marido que tuviera un coito a una hora específica, sino que además resultaba que ahora el médico iba a evaluar su

desempeño, pocas horas después de la misma relación sexual.

Según Mahstedt (1985), resulta más que obvio que uno de los primeros síntomas emocionales que sufrirá una pareja al entrar en algún tipo de programa de investigación sobre infertilidad será, sin duda, la pérdida de la espontaneidad sexual.

Sobre el mismo tema, Rosenfeld y Mitchell (1979), Walker (1978) y Menning (1980) coinciden en que, dado que el curso del tratamiento requiere de una relación sexual programada, la vida erótica de la pareja termina dividiéndose en "sexo por amor" y "sexo para el doctor". De esta manera, cada vez que la evaluación médica se entromete en la vida sexual de la pareja, midiendo su frecuencia y su ritmo exacto y, a la vez, violando su sentido profundo de privacidad.

La intrusión constante del médico dentro de los más íntimos terrenos de la vida sexual de un sujeto puede causar inhibiciones en uno o ambos miembros de la pareja, al tiempo que podría inducirlos a fracasar en cuanto a una adecuada respuesta sexual en tiempos fértiles.

Tomemos el ejemplo de un varón que reportó la siguiente experiencia: "Mi esposa estaba programada para una prueba postcoito. Una tarde, debido a mis programas de trabajo y



una distancia de 30 millas entre nuestra casa y el consultorio del doctor, nos encontramos ella y yo en un motel cercano al consultorio, con el fin de tener relaciones sexuales. Al principio yo no podía mantener una erección y, cuando ya la conseguí, resultó que no pude eyacular.

Probamos todo lo que sabíamos y después de no lograr éxito alguno nos vestimos y salimos del hotel, rumbo a casa, donde tratamos otra vez, inútilmente. Toda esta charada fue tan humillante y tan dolorosa para mí, que yo no me podría imaginar a mí mismo intentándolo de nuevo" (Mahlstedt, 1985).

Mahlstedt describe que, en otro estudio, 3 de 5 varones afectados no titubearon para afirmar que han notado un interés cíclico en cuanto a la relación sexual con sus esposas, limitado principalmente al medio ciclo. Esta condición, aclaran, les origina un sentimiento de hostilidad hacia su mujer, aumentando la ansiedad a medio ciclo.

Mozley (1977) afirma que llega un momento en que la infecundidad se convierte en una preocupación devastadora en los hombres y mujeres que la padecen. Y cada vez más el coito deja de saciar el impulso instintivo y pierde su calor humano, intimidad, afecto o simplemente su carácter lúdico. El sexo, entonces, se transforma en un asunto serio, que se

lleva a cabo en el momento justo y en el día exacto.

En breve, el hecho de que uno u otro cónyuge sea -o simplemente se perciba a sí mismo como- inadecuado en su función reproductiva, provoca trastornos en el equilibrio de su matrimonio. Esto sin contar que, a menudo, el cónyuge con los problemas se someterá a métodos dolorosos que incluso pueden poner en peligro su vida, sólo para compensar su inadecuación.

Nesbitt y col. (1968) afirman que el esfuerzo para concebir, expresado en tener un coito en el tiempo justo y preciso, ha tendido a convertir la relación íntima en un acto mecánico y a cambiar el énfasis, que antes iba en busca del placer mutuo, hacia el logro del fin último que es fabricar un bebé.

Señalan que los resultados de entrevistas profundas con pacientes infértiles han mostrado no sólo una interferencia con el placer, sino también una sensación de extrañeza en toda la relación, pues en cada periodo menstrual comienza un interminable ciclo de fracasos, seguido de varios días de depresión.

ANORGASMIA E INFECUNDIDAD

Desde hace un siglo, autores como Duncan (citado en Mai, 1978) vienen planteando una asociación entre frigidez e infertilidad. Sin embargo, hay poca evidencia clínica para fundamentar esta hipótesis. En realidad, la mayoría de los estudios realizados arrojan resultados más inclinados a concluir que, en general, no existe una relación directa entre infertilidad y disfunción sexual femeniana.

Labandibar y Benzecry (1959) estudiaron a una serie de 348 pacientes escogidas al azar en una clínica ginecológica. Estas mujeres fueron clasificadas desde un punto de vista sexológico en 3 grupos: absoluta frigidez (77 casos), frigidez disociada (47 casos) y normales (224 casos). El porcentaje de mujeres estériles y fértiles acabó siendo prácticamente el mismo en los 3 grupos.

De esta manera concluyen los autores que la respuesta sexual de las mujeres no tiene relación con la fertilidad o la esterilidad. Por lo tanto, la presencia o ausencia de frigidez no puede ser considerada como un factor importante en la infecundidad. Más aun, irónicamente, las mujeres con más de 8 hijos formaron parte del grupo de absoluta frigidez.

Por su parte, Kinsey (1953) subraya el hecho de que la integridad del aparato genital femenino no es indispensable para el placer sexual, como se ha manifestado en la persistencia o incluso en la exageración de la libido y el orgasmo después de la castración o de una histerectomía.

Estos resultados nos conducen a concluir que la libido y el orgasmo no tienen ninguna influencia en el proceso de fecundación. Este hallazgo puede servir para tranquilizar a mujeres frías y estériles en quienes la ansiedad causada por estas condiciones puede haber creado un reflejo inhibitorio (esterilidad psicógena).

LA SEXUALIDAD MASCULINA EN LA INFECUNDIDAD

La mayoría de los médicos que atienden infertilidad han observado que algunas parejas con una función sexual normal previa al descubrimiento de su padecimiento pueden desarrollar un decremento en la frecuencia del coito, una disfunción orgánica, impotencia masculina a la mitad del ciclo o la inhabilidad para lograr una relación completa para los exámenes postcoito. Sin embargo, no hay demasiados estudios bien diseñados y controlados que determinen la frecuencia de los problemas sexuales en las parejas infértiles ni la relación exacta entre infertilidad y problemas sexuales.

Walker (1978) ha comprobado que para los varones, la disfunción sexual y la infertilidad son más problemáticas que para las mujeres y que, por lo mismo, son más reticentes al tratamiento que ellas. Añade que muchos hombres que se someten a análisis de semen y a procedimientos elaborados se muestran muy resistentes a enfrentarse a una terapia psiquiátrica. Cabe afirmar también que, además de causar infertilidad, la disfunción sexual puede ser la consecuencia del tratamiento de infecundidad y que incluso esta disfunción puede ser coincidente con el descubrimiento de la misma infertilidad.

La pregunta frente a esta conflictiva no es si un hombre es suficientemente potente sino, más bien, si es suficientemente potente como para impregnar a su pareja. Las condiciones que interfieren con que un varón eyacule hasta el fondo de la vagina son:

- 1) inhabilidad para tener una erección;
- 2) erecciones parciales o débiles;
- 3) incapacidad para sostener una erección suficiente tiempo como para penetrar;
- 4) orgasmo antes o inmediatamente después de penetrar (eyaculación prematura) y
- 5) erección por largo tiempo en la vagina sin eyacular (incompetencia eyaculatoria).

Las primeras 3 son consideradas propiamente como impotencia.

En un programa de inseminación con semen de donador, Berger (1980 a) entrevistó a 16 parejas en las que la infecundidad se debía a una azoospermia en el marido. Algunos de los hallazgos sacaron a la luz el tema de la impotencia tras el descubrimiento del padecimiento. 63% de los hombres en estas parejas sufrieron un periodo de impotencia y 87% de las mujeres expresaron haber experimentado un sentimiento de odio hacia el marido, aparte de síntomas y/o sueños que incluían 3 temas fundamentales: preocupación por el esposo; un deseo de deshacerse de él y, finalmente, un sentimiento de culpa ante este mismo deseo.

Se supone que la impotencia que surge en el momento de descubrir la azoospermia es común y debería ser tomada en cuenta como un problema interaccional. Para ello, Drake y Grunert (1979) recomiendan hacer un manejo clínico de la situación, dirigido a reafirmarle a la pareja que la impotencia es algo que se esperaba y que puede ser resuelta en un lapso no mayor de 3 meses. A partir de ahí, continúan los autores, habrá que concentrarse en la reacción de la pareja ante el descubrimiento de la azoospermia. De esta manera se busca que tanto la depresión del marido y su sentimiento de ineptitud como la ira de la mujer, sean enfrentados mediante una aproximación más empática. Después se fomenta a ambos a desarrollar una comunicación abierta en su hogar: a hablar de cómo se sienten y a posponer discusiones sobre qué hacer en torno a la infertilidad.

Amelar y col. (1977) estiman que hasta un 10% de los casos de infertilidad puede ser parcial o completamente explicada sobre la base de una disfunción sexual masculina, sin embargo, la importancia clínica de estos estimativos puede pasar desapercibida por los médicos ya que, desgraciadamente, muchos de ellos no han tenido el entrenamiento formal en la detección y tratamiento de este tipo de disfunciones.

Amelar y col. (1977) evaluaron la incidencia de disfunción sexual masculina en 51 parejas infértiles. El punto de estudio fueron las pruebas postcoito en parejas con análisis de semen normales.

De las 51 parejas, 45% fueron sometidas a una prueba postcoito (PPC) de 2 horas y un 55% se sometieron a PPCs la noche anterior. De principio, no existía ninguna diferencia significativa en la incidencia de disfunción sexual entre los 2 grupos ( $P < 0.05$ ).

Del total de las parejas, 20% (11 de ellas) mostraron resultados negativos o equívocos después de la primer PPC, por lo que fueron programadas para una segunda prueba al mes siguiente.

En su segundo intento, 4 resultaron normales, una pareja no llegó a la cita y 6 (11% de las 51 parejas) salieron negativas (no había espermatozoides en la cavidad vaginal ni espermatozoides móviles en el moco cervical).

De las 6 parejas con estudios negativos repetitivos, 5 confesaron haber experimentado una aguda disfunción sexual a medio ciclo por la parte masculina de la pareja; 4 de los 5 reportaron una relación sexual normal durante el intervalo entre el primer y segundo estudio. En ninguna de las 5



parejas había aparecido una disfunción sexual masculina antes de tener conciencia de su problema de infertilidad.

Concluyen los autores que un patrón cíclico de disfunción sexual masculina aguda, puede constituir un factor importante en la investigación de infertilidad de aproximadamente el 10% de las parejas con este padecimiento.

En una gran coincidencia con estos autores, Keye y Deneris (1982-83) reportaron una incidencia del 14% de disfunción sexual en los varones de su grupo de estudio (11% con impotencia y 3% con eyaculación prematura). Sin embargo, estos datos resultan un tanto desconfiables pues no tienen un rigor metodológico como el seguido por Amelar y col. (1977), dado que los datos sobre los maridos fueron aportados por sus esposas y no por un reporte independiente y separado.

Siguiendo esta misma forma de aboraje, Debrovner y Shubin-Stein (1976) realizaron un estudio en el que aplicaron cuestionarios a mujeres fértiles e infértiles, con el propósito de evaluar su desempeño sexual. Aclaran que, aunque las mujeres infecundas reportan que "sus maridos encuentran imposible hacerlo" cuando el médico instruye a la pareja acerca del tiempo y la frecuencia de la relación sexual, curiosamente las mujeres infértiles no reportaron

una mayor frecuencia de impotencia o disfunción eyaculatoria en sus esposos que la que reportaron las mujeres en el grupo control.

Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio deben ser interpretados cuidadosamente, ya que cerca de la mitad de las mujeres infecundas que recibieron el cuestionario prefirieron no participar en la investigación. Por lo tanto, la frecuencia de los problemas sexuales reportados puede no reflejar el verdadero nivel de la conflictiva en las parejas infértiles. Más aun, estas dificultades fueron determinadas (como en el estudio de Keye y Deneris, 1982-83) por las respuestas de las mujeres sin la participación de sus maridos.

UN CASO CLINICO DE IMPOTENCIA

Siguiendo la misma línea de pensamiento que Amelar y col. (1977), Bullock (1974) plantea que si bien la impotencia psicogénica es una causa bien documentada de infertilidad, la disfunción sexual masculina puede desarrollarse durante la evaluación de la infertilidad, como resultado de las demandas de una ejecución sexual a la que el varón no puede responder con éxito. De ahí, según el autor, que en ciertas parejas la investigación extensiva pueda producir o por lo menos exacerbar la impotencia.

Bullock (1974) ilustra estas ideas con un reporte del caso de un hombre de 28 años de edad que tenía con su pareja una historia de 2 años de infertilidad secundaria. Después de los dos meses que siguieron a su primer parto, la pareja consultó a un psiquiatra para una evaluación por incompatibilidad sexual. Los resultados de dicha evaluación habían revelado una considerable ansiedad de castración por parte del marido, reforzada por la agresividad sexual y la actitud feminista de su esposa.

Con la psicoterapia, el ajuste se modificó de forma satisfactoria y continuó así hasta el momento de la evaluación de la infecundidad. Todos los estudios pudieron realizarse adecuadamente, salvo la prueba postcoito, que él

no fue capaz de realizar. Más adelante se hizo otra de estas pruebas sin que el marido se enterase de ella y la relación sexual se llevó a cabo sin ningún problema.

Después de todos los estudios, se recomendó a los miembros de la pareja que tuvieran relaciones sexuales en los días cercanos a la ovulación —de acuerdo con los datos tomados de la temperatura basal— de tal suerte que tendrían que incrementar la frecuencia de sus coitos durante el periodo ovulatorio. Tres meses después, la esposa reportó que su marido había desarrollado una impotencia completa durante el periodo de fertilidad, es decir, durante los días de ovulación, aunque él funcionaba adecuadamente en los otros días del ciclo menstrual.

Esto llevó a que se recomendara a la pareja suprimir las temperaturas basales y las relaciones en los periodos fértiles, con lo que pudieron restablecer una relación sexual compatible en los siguientes 6 meses, sin ningún episodio de impotencia.

La conclusión de Bullock (1974) es que, cuando en un tratamiento de infertilidad se desarrolla un problema de impotencia en el hombre, debe suspenderse totalmente la evaluación de la infecundidad o posponerse hasta que el problema sexual se haya resuelto.

LA SEXUALIDAD FEMENINA EN LA INFECUNDIDAD

Keye y Deneris (1982-83) estudiaron la frecuencia de la actividad sexual, las dificultades y las disfunciones en 89 mujeres infértiles y 54 mujeres control, a quienes se les aplicó un cuestionario de autorreporte.

No se hallaron diferencias significativas en su deseo o frecuencia de coito, frecuencia de respuestas orgásmicas con coito, actividad autoerótica (masturbatoria), disfunción orgánica, deseo sexual inhibido o insatisfacción sexual.

Sin embargo, llama mucho la atención el hecho de que, aunque aproximadamente la misma proporción de mujeres en cada grupo reportó insatisfacción sexual, las mujeres infecundas culpaban a la infertilidad, al impacto de las pruebas diagnósticas relacionadas con la misma y a los métodos terapéuticos, de su descontento sexual, lamentando una pérdida de espontaneidad, una autoimagen sexual pobre e incluso un sentimiento de que el sexo había perdido su sentido al fallar la capacidad de concebir.

Las mujeres infecundas se quejaban de que la relación sexual funcionaba como una especie de recordatorio de su inhabilidad para la reproducción que, a su vez, las llevaba a la sensación de ser defectuosas y, por lo tanto,

sexualmente indeseables. Algunas mujeres reportaron incluso que preferían evitar el coito en el tiempo presumible de la ovulación para evadir así la desilusión y el sentimiento de fracaso que generalmente acompaña a la aparición mensual de la menstruación. Más aun, algunas de ellas remarcaron que, como resultado de su infertilidad, se intensificaron ciertas formas de insatisfacción que ya precedían a su padecimiento.

Mai y col. (1972) estudiaron una serie de 50 parejas que habían sido referidas a una clínica de infertilidad. Se entrevistó a ambos miembros de la pareja por separado, en sesiones de 40 a 75 minutos.

Con el propósito de no favorecer una actitud tendenciosa en la evaluación, se omitieron al entrevistador todos los datos relacionados con las causas de la infecundidad. Se incluyó, además, un grupo de mujeres fértiles como grupo control.

Los autores reportan no haber encontrado diferencias entre ambos grupos de mujeres en lo que se refiere a: edad de la menarca, duración de la menstruación, disfunción menstrual, tensión premenstrual, antecedentes de enfermedad psiquiátrica, historia de infertilidad en la familia, relación con el padre, relación con la madre, historia obstétrica de la madre, hostilidad hacia la madre, rivalidad fraterna durante la infancia, calidad de vida social,

ingestión de alcohol, tabaquismo, personalidad del marido, relaciones extramaritales, expresión de afecto durante la entrevista (ansiedad, depresión, irritabilidad) y nivel de defensa durante la sesión.

Entre los hombres, las diferencias resultaron igualmente pequeñas y poco significativas.

En relación a la respuesta sexual, los autores compararon a las mujeres fecundas e infecundas en lo tocante a: concepción prenupcial, relaciones sexuales premaritales (tanto con el marido como con otros hombres), uso previo de anticonceptivos, frecuencia de coito actual y variedad de posiciones utilizadas en el coito.

Como es de esperarse, una proporción considerablemente mayor de mujeres fértiles había experimentado una concepción prenupcial (42% contra 10%) al tiempo que usaron significativamente más anticonceptivos en el pasado (96% contra 64%).

En oposición, las mujeres infértiles reportaron mayor número de experiencias sexuales premaritales (69% contra 51%), aunque la diferencia no alcanza un nivel de significancia importante.

En lo que respecta a la sexualidad actual, se encontró que las mujeres fértiles tienden a utilizar significativamente más posiciones variadas en el coito que las infértiles (31% contra el 7%). Mai y col. (1972) consideran que esto podría representar, quizá, una actitud sexual más relajada. Sin embargo, en lo referido a la frecuencia de la relaciones sexuales no hay diferencia alguna entre ambos grupos.

Un detalle llamativo es que las mujeres, en su totalidad, respondieron que la relación sexual tenía lugar más frecuentemente de lo que lo reportaron sus maridos. Kinsey [127] ya había reportado también que las esposas tendían a exagerar o los esposos a subestimar la frecuencia semanal del coito.

En este estudio, las mujeres fueron clasificadas de acuerdo con 8 categorías en relación a la calidad de la satisfacción sexual:

1. Orgásmicas 50% de las veces o más durante la relación sexual.
2. Orgásmicas en menos del 50% de las ocasiones.
3. No orgasmo pero satisfacción.
4. Orgasmo en proporción desconocida de ocasiones.
5. Dispareunia.
6. Frigidez con rechazo.



7. Frigidez sin rechazo.
8. Insatisfacción o frustración.

Hubo más o menos la misma cantidad de mujeres fértiles e infértiles en cada una de estas categorías. Sin embargo, cuando éstas se redujeron a 2 grandes grupos: uno que incluía satisfacción general y otro que incluía dificultades en la relación sexual, la proporción de las dificultades resultó mayor en el grupo infértil (22%) comparado con el fértil (10%), aunque la diferencia no fue significativa.

Por otra parte, no surgió ninguna diferencia entre ambos grupos en relación a la disminución de la libido en la época mesocíclica ni en el ajuste sexual y marital.

En otro intento por conocer la vida sexual de la mujer infecunda, Rommer y Rommer (1958) emprendieron una investigación con el propósito de evaluar 5 categorías:

1. Experiencia sexual premarital, incluyendo "juego sexual".
2. Actitudes generales acerca del sexo.
3. Vida sexual en el matrimonio.
4. Experiencias sexuales extramaritales y
5. Clima emocional en la pareja.

Los autores aplicaron un cuestionario de evaluación a 90

mujeres, divididas en tres grupos de 30 sujetos cada uno. El primero de ellos estaba constituido por mujeres que nunca tuvieron un episodio de infecundidad (grupo control), el segundo, por mujeres que habían sido estériles después de 4 o más años de matrimonio y a quienes no se les había detectado una esterilidad endocrina, química o física (grupo de esterilidad persistente) y el tercero, por mujeres que habían sido estériles, pero que después de un tratamiento pudieron concebir y parir por lo menos 2 niños (grupo de esterilidad previa).

No se encontraron divergencias entre los 3 grupos en relación al juego sexual premarital (incluyendo actividades cercanas al coito) con sus parejas actuales o con otros hombres.

Sin embargo, en lo tocante al coito premarital con otros hombres fuera de su pareja actual, la diferencia fue significativa. Sólo el 3% de las mujeres con esterilidad persistente tuvieron relaciones sexuales premaritales con algún otro hombre fuera de su futuro marido, en relación con el 13% de las que tuvieron esterilidad previa y el 30% de las nunca estériles.

En relación a las actitudes generales hacia el sexo, las mujeres con esterilidad persistente se manifestaron como más

insatisfechas en el coito que las previamente o las nunca estériles, aunque realmente no se encontró una diferencia significativa entre los tres grupos.

Tampoco se encontraron diferencias en lo referido a un sentimiento de culpa por abortos o relaciones extramaritales, aunque existe un leve indicio de que las previamente estériles sienten menos culpa ante abortos realizados y relaciones extramaritales que las persistentemente estériles y las mujeres fértiles.

Lo que sí resulta notorio es el desproporcionado número de mujeres con esterilidad persistente que indicaron deseos o fantasías de tener experiencias sexuales con otros hombres. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los 3 grupos en lo tocante a su actitud general hacia el sexo ni a la relación sexual marital.

En lo que se refiere a las relaciones extramaritales, cabe decir que -en vista de lo tradicional y culturalmente aceptado dentro de la clase media- la frecuencia de éstas pareció ser muy alta. La incidencia fue de alrededor del 40% en todos los grupos, sin mostrar diferencias significativas entre ninguno de ellos.

Rommer y Rommer (1958) consideran que este dato

contrasta profundamente con la actividad sexual premarital reprimida encontrada en las mujeres con esterilidad persistente o incluso en las previamente estériles. Suponen que, consciente o inconscientemente, éstas buscan las relaciones extramaritales con la fantasía de lograr un embarazo.

Por otro lado, un resultado llamativo fue el hecho de que las mujeres con esterilidad persistente tienden a sentir que sus maridos se están alejando emocionalmente de ellas. Más de la mitad de este grupo registró esta reacción, contra sólo un 25% del total de las fértiles entrevistadas (grupo control más grupo previamente estéril).

En la misma línea, apareció el sentimiento de que el marido está haciendo un sacrificio para seguir viviendo en casa y la convicción de que éste se siente insatisfecho en la relación. Para sorpresa de los autores, esto fue expresado por 23 de las 30 mujeres estériles y por 49 de las 60 mujeres fértiles. De hecho, 72 de los 90 sujetos de todo el estudio tuvieron esta percepción.

Rommer y Rommer (1958) intentan explicarse esta situación bajo la premisa de que las pacientes ginecológicas —si no es que las mujeres en general— tienen esta reacción masoquista en común.

LA SEXUALIDAD DE LA PAREJA INFECUNDA

Schiller, Blake y Nolan (1985) evaluaron la posible relación entre la infertilidad y las variables conductuales y emocionales que pueden modificar la conducta sexual. Entrevistaron a 24 parejas infecundas acerca de cómo era su vida sexual antes del reconocimiento de su infertilidad y cómo se había transformado ésta a partir del trabajo diagnóstico y terapéutico. Los resultados indicaron un aparente incremento por parte de la mujer en la iniciación de la actividad coital y un decremento significativo en los aspectos placenteros de la misma. Sin embargo, no se registró ningún cambio en la frecuencia semanal de relaciones sexuales.

Estas observaciones sugieren que la investigación y tratamiento de la infertilidad puede contribuir a cambios en las variables asociadas con la respuesta sexual. No obstante lo anterior, hay que señalar que esta investigación no incluyó ningún grupo control, lo que demerita la credibilidad de sus conclusiones.

La hipótesis central de los autores se enmarca en la idea de que, aun cuando la experiencia sensual gratificante es posible, pues la función biológica está intacta, en las parejas infecundas el sexo programado se convierte en ardua

labor más que en placer, debido a que la meta es esforzarse para tener un bebé.

Los autores basan sus ideas en los planteamientos de Masters y Johnson (1979) y Schiller (1981), quienes postulan que el temor al fracaso durante un esfuerzo de poder, así como la baja autoestima y los problemas de identidad, pueden producir respuestas de ansiedad y miedo capaces de bloquear la respuesta sexual humana autónoma involuntaria. De este modo, el miedo a una infertilidad prolongada y/o al fracaso para concebir son capaces de bloquear las respuestas placenteras provocando sentimientos negativos en relación a la propia identidad y a la autoestima.

DIFERENCIAS SEXUALES ENTRE HOMBRES Y MUJERES

McGrade y Tolor (1981) reportan que los pacientes con infertilidad tienen un amplio espectro de disfunciones sexuales, así como la tendencia a cuestionarse su identidad sexual y autoestima.

Estos autores estudiaron a 369 pacientes infértiles, con el propósito de valorar el impacto tanto de la infertilidad como del tratamiento en este tipo de parejas, por lo que incluyeron en este estudio solamente a aquellos pacientes que habían completado una investigación básica y que tenían por lo menos un año de infecundidad.

McGrade y Tolor (1981) aplicaron a cada sujeto un cuestionario con 30 preguntas que incluían: reacciones personales experimentadas por la pareja; valoración del impacto emocional que produce la infertilidad; motivación personal; función sexual; autoimagen; unión marital e influencia del trabajo diagnóstico.

También se evaluaron las demandas del coito cronometrado, las pruebas postcoito y se exploró el deterioro de las funciones normales.

Respondió un total de 126 parejas (63% del total), de las

cuales 82 lograron un embarazo (parejas exitosas) en tanto que 44 siguieron siendo infértiles (parejas no exitosas).

Los resultados concernientes al grupo A (parejas exitosas) mostraron diferencias significativas entre ambos miembros de la pareja. En oposición a sus esposos, las mujeres reportaron más ansiedad y tensión; deterioro de la autoimagen; cuestionamiento de la propia sexualidad; deterioro de la vida sexual y deseos de iniciar la investigación médica. Más aún, éstas se mostraron significativamente más aptas para reconocer la necesidad de ayuda médica. Asimismo, dijeron sentir menos interés y deseo erótico y en general, menos satisfacción en la actividad sexual después de iniciado el tratamiento.

También en el grupo B (parejas no exitosas), las mujeres reportaron mayor desajuste emocional; sensación de daño en su autoimagen; cuestionamiento de su sexualidad y propensión a aceptar que un grupo de apoyo podía valer la pena, en contraste con sus maridos, que reportaron lo contrario.

Comparados con sus mujeres, los hombres de este grupo requirieron de mucha más inducción para aceptar iniciar la investigación diagnóstica de la infertilidad.

El 59% de las mujeres y el 73% de los hombres del grupo no



exitoso indicó que sus relaciones sexuales eran placenteras. Sin embargo, una tercera parte del grupo admitió una disminución en el interés y el deseo sexual. El 45% notó que existían problemas para tener un coito en el periodo fértil, mientras que el 27% tuvo dificultades con el examen postcoito.

Estos sujetos expresaron, además, un común acuerdo en la necesidad de apoyo para la pareja, así como la importancia de las emociones más que de los factores físicos en su condición de parejas infértiles.

En resumen, la mayor diferencia en actitudes, autopercepción y función sexual que se obtuvieron en este estudio fueron relativos a las diferencias de sexos. Se observó sólo una muy moderada discrepancia entre los hombres exitosos y no exitosos y se encontró poco desacuerdo cuando las mujeres de los dos grupos fueron comparadas entre sí.

VALORACION DE LA VIDA SEXUAL DE LA PAREJA INFERTIL

De acuerdo con todo lo anterior, cabe concluir que la evaluación y el tratamiento de la infertilidad requieren un meticuloso enfoque sobre la vida sexual de los sujetos con esta patología. Como se mencionó, a las parejas infecundas se les pide que "se desempeñen" sexualmente para que luego un tercero pueda evaluar los resultados médicamente.

Estas circunstancias, combinadas con la frustración y ansiedad ya para ahora experimentadas por la pareja infecunda, son un perfecto escenario para que se desplieguen problemas sexuales.

Los estudios comprueban que las parejas con una función sexual normal pueden -al saberse infértiles- desarrollar un decremento en la frecuencia del coito, impotencia masculina a medio ciclo y la inhabilidad para lograr una relación sexual para un examen postcoito.

No obstante la causa de la infertilidad, tanto hombres como mujeres reportan sentirse "descompuestos" y "defectuosos". Las mujeres se han descrito a si mismas como "huecas" o "vacías" y los hombres han catalogado a la relación sexual como "tirar al blanco". Eso sin contar a las parejas que comienzan a sentir que "lo están haciendo mal" o que hay

algo del sexo que no saben (Mahlstedt, 1985).

Elstein (1975) considera que el espectro sexual de la pareja infecunda puede reflejarse en tres modalidades básicas:

1. La infertilidad como génesis de dificultades psicosexuales.
2. Conflictos psicosexuales disfrazados de problema de infertilidad, por ejemplo vaginismo, impotencia e incompetencia eyaculatoria y
3. Anormalidades psicosexuales incidentales, como la anorgasmia y la eyaculación prematura.

De acuerdo a lo anterior, cabe suponer que si los patrones coitales estructurados son un problema tanto para hombres como para mujeres y que, bajo esta situación se desarrolla un deterioro de la vida sexual de la pareja, puede disminuir, entonces, la tendencia para "curas espontáneas" (Mai, 1978).

En base a todo esto, Mai (1978) opina que es esencial evaluar el mecanismo sexual por el que se podría estar produciendo la dificultad para el logro de un embarazo, sobre todo en los casos de infertilidad "inexplicada".

Esto comprende un conocimiento completo de la relación sexual de la pareja, incluyendo: libido; frecuencia de las relaciones sexuales; capacidad orgástica; calidad de la relación en el momento de la ovulación y presencia o ausencia de eyaculación intravaginal durante el coito.

Aunque la impotencia o baja frecuencia de coito pueden ser muy obvias, hay otros factores tales como: reducción de la libido; ausencia de relaciones sexuales a mitad del ciclo o práctica inconciente de coitus reservatus, que pueden ser más sutiles e incluso omitidas si no se conduce una entrevista minuciosa.

Mai (1978) describe que es preferible, al inicio, entrevistar a cada miembro individualmente, ya que de esa manera se puede lograr que la información sea aportada voluntariamente al médico, cosa que sería poco factible si se viera a los dos miembros de la pareja, simultáneamente. Por ejemplo, el autor menciona haber visto a una pareja en la que uno de los dos reportó que la relación sexual se llevaba a cabo todas las noches, mientras que la otra parte expresó que sólo tenían relaciones dos veces por quincena.

Afirma Sloan (1982-83) que la sexualidad es la expresión física de la comunicación humana y que, por lo mismo, toca infinidad de puntos dentro de los sistemas de valores de una

pareja, funcionando a la vez como una unidad. De ahí, que no sorprenda que el problema de la infertilidad tenga un efecto sobre la vida sexual. Ha sido demostrado, una y otra vez, que un gran número de parejas infértiles están dispuestas a expresar su preocupación sobre su sexualidad cuando sus médicos y consejeros les dan esa oportunidad.

## **VII. Ansiedad e Infertilidad**

Entre los trabajos relacionados con el problema de la ansiedad en la pareja infecunda destacan, particularmente, los realizados por Menning (1982 y 1980) y Mahlstedt (1985).

Bárbara Menning, consejera en infertilidad y autora de varios artículos referentes al tema, hace una importante descripción del proceso psicológico por el que atraviesa la pareja estéril, desde el descubrimiento de su padecimiento hasta la resolución exitosa del conflicto, ya sea decidiendo la adopción o continuando la vida sin un hijo.

Para esta autora, la infertilidad es una crisis compleja de la vida que provoca muchos sentimientos. Algunos de ellos son racionales, vinculados a sucesos reales y difíciles de la situación social y médica. Otros, en cambio, pueden ser más irracionales, basados en mitos y supersticiones o en pensamientos mágicos infantiles. Estos sentimientos varían en orden y en intensidad, pero aparecen prácticamente en toda pareja infértil. La mayoría de la gente con esta patología se enfrenta a un síndrome similar de sentimientos en su lucha por encarar la esterilidad. El proceso descrito por la autora en cuestión es: sorpresa, negación, cólera, aislamiento, culpa, aflicción y resolución.

## **VII. Ansiedad e Infertilidad**



resentimientos.

De esta manera surge un conflicto: ¿cómo no sentir estas emociones "malas" si cotidianamente aparecen recordadores respecto a la inhabilidad para engendrar un hijo? Diariamente, la tabla de temperatura -termómetro detector del fracaso- se convierte en una representación gráfica de un círculo de esperanza, frustración y desengaño que hay que encarar.

El orgullo y el respeto por uno mismo se pierden en este círculo vicioso, conduciendo a algunos a preguntarse si es que no son suficientemente buenos para ser padres y si no es este el motivo por el que tal vez Dios los hizo infértiles.

#### B. El Aislamiento

La pareja infértil añora por un hijo que quizá nunca sea y hace permanentemente un duelo sobre el hijo que nunca fue. Debido a que no hay una pérdida asequible o claramente definida para la familia y los amigos -ningún sentido de algo que finiquita, como en la muerte o en el divorcio- es muy complicado para los otros empatizar de manera verdadera con su dolor. La misma pareja encuentra muy difícil el comprender esta pérdida intangible, que de todas maneras duele.

Los niños les recuerdan agudamente a los niños que ellos no tienen; las mujeres embarazadas les recuerdan de los misterios del embarazo que puede que ellos nunca experimenten.

Los dolores se repiten y se repiten mientras observan niños pequeño, en comerciales de televisión, reciben anuncios de nacimiento de sus viejos amigos y compran regalos de cumpleaños para sobrinos y sobrinas y se dan cuenta de que sus amigos con hijos se van alejando y desarrollando intereses diferentes.

En algún momento del proceso, las parejas estériles pueden estar tan sensibilizadas a la vista de mujeres embarazadas o de niños, que escapan de cualquier grupo social que pudiera suponer un choque. Esto puede incluso llevar a un cambio de trabajo o de la situación en que viven.

El aislamiento puede surgir también entre los miembros de la pareja. La mujer puede desesperarse ante lo que ella podría considerar una incapacidad de su marido para comprender sus sentimientos acerca de la menstruación, el estudio de la temperatura basal en el tiempo de ovulación o sus esperanzas nerviosas si el periodo se atrasa.

En cada ciclo, la mujer infecunda pasa por una ansiedad y

una excitación que crece en la medida en que las tablas de temperatura muestran que la ovulación se está acercando. Mientras pasan las semanas, se presentan síntomas titubeantes e imaginados de embarazo, acompañados de una gran expectativa en torno a esta posibilidad. Sin embargo, cuando aparece el periodo se produce un impacto de decepción que, a su vez, se desvanece cuando llega otra fecha de ovulación y el intento comienza de nuevo.

En este proceso, las mujeres desarrollan una conciencia más sofisticada y elevada del ritmo natural de su ciclo menstrual. Algunas sensaciones ligeras, otrora ignoradas, son ahora analizadas en términos de un posible evento del ciclo. Se afinan a sus cuerpos y se preocupan más por sus hábitos de salud, receptivas a cualquier consejo que ellas sientan que puede ayudarlas.

Así como en el embarazo, las mujeres infértiles requieren de esta autoconcentración para nutrirse a sí mismas, lo que provoca en el esposo un sentimiento de rechazo y la sensación de ser "un instrumento para conseguir un bebé".

Esta situación es renovada y revivida durante cada ciclo, generando en la mujer una gran variedad de emociones que muchas veces su compañero no alcanza a comprender del todo, produciéndose así un aislamiento entre ambos.

El hombre, por su parte, puede encontrar imposible compartir su ansiedad ante los resultados del análisis de semen o al tener que realizar el acto sexual, se sienta con ganas o no. La consecuencia puede ser una ruptura de la comunicación y la pérdida del placer en la relación sexual.

De esta manera, las parejas se polarizan porque la infertilidad los afecta de manera diferente o porque ellos la enfrentan de forma distinta. Por ejemplo, un miembro de la pareja puede sentir un mayor grado de desesperación que el otro ya que el diagnóstico y los procedimientos médicos influyen sobre cómo se siente tanto física como emocional y sexualmente.

No obstante las causas de la infertilidad, hombres y mujeres sienten que sus cuerpos están dañados o defectuosos y que algo no está funcionando como debiera. Desde la inevitable pregunta "¿cuántos hijos tienes?" hasta exhortaciones religiosas que se dirigen a "multiplicate y llena la tierra", las parejas sin hijos sufren un recordatorio constante de las expectativas sociales respecto a la obligación de tener hijos.

La infertilidad no refuerza este valor, cuyo estigma es enorme. Algunas parejas llegan incluso a pensar que el divorcio sería más aceptado socialmente que la esterilidad.

Otras piensan que su valía social está disminuida por su inhabilidad para producir niños. Muchos hombres pueden incluso sentir que ser infértil pone en tela de duda su identidad sexual individual, debido a que la fertilidad y la virilidad parecen entrelazadas. Un hombre que no es capaz de ser padre de un hijo natural puede sentirse cuestionado en su masculinidad.

También para muchas mujeres el hijo es definitorio de su identidad. La sociedad ha sido estructurada para que desde el tiempo en que son muy jóvenes, las mujeres se piensen a sí mismas -y los demás también esperan que así sea- como madres. La familia y los amigos de una mujer pueden ser injustamente críticos cuando esto no sucede y esto a veces implica que su identidad como mujer sea incompleta. Ella es diferente, no cabe en dicha sociedad o grupo.

### C. La culpa

La gente parece necesitar construir una relación de causa-efecto para explicarse muchos de los sucesos que le ocurren. Esto no es una excepción para la pareja infértil, quien revisa sus historias individuales y comunes y busca la razón por la que "se le castiga".

Muchos pacientes sienten una tremenda sensación de culpa por

ser infértiles, por vivir en un constante sube y baja emocional, por disgustar a sus esposos o esposas, por hacer caos tantos aspectos de sus propias vidas y por decepcionar a sus familias.

Una mujer dijo que en ocasiones ha deseado que su marido la deje para que ella ya no tenga que preocuparse de no quedar embarazada y de no echarle la carga con sus sentimientos negativos. Por su parte, un hombre infértil sintió tanta culpa en relación a privar a su esposa de un "embarazo normal", que él mismo fue a pedir su divorcio. Esta era su manera de enfrentar el asunto (Mahlstedt, 1985).

Otros pacientes se preguntan: "¿La familia terminará conmigo?". "¿Fallé acaso en cuidar mi cuerpo de una manera apropiada?". "¿Esperé demasiado tiempo?". "¿Será que mi infertilidad es causa de mis indiscreciones en mi época más temprana de la vida?". "¿Me traje yo mismo este mal?". "¿Me está castigando Dios?".

Algunos de los factores más corrientes de culpabilidad que Menning (1982 y 1980) reporta son: relaciones prematrimoniales, utilización de métodos para el control de la natalidad, aborto previo, enfermedades venéreas, relaciones extramaritales, masturbación, pensamientos o actos homosexuales e incluso placer sexual.

La creencia irracional de que ellos mismos se causaron su infertilidad impone una tremenda culpa en muchas parejas inocentes. La culpa y la expiación parecen no tener relación con el nivel educacional del sujeto. Algunas personas sumamente cultas se han aplicado una creencia mística en el "castigo de Dios" a su propia esterilidad. Esto sucede incluso en casos de gente que carecía de creencias religiosas.

#### D. Aflicción

La aflicción es una consecuencia muy común del diagnóstico y tratamiento de la infecundidad, además de ser, sin duda, el sentimiento más convincente de infertilidad definitiva. Este estado puede ir cobrando su forma más intensa cuando se están realizando los últimos análisis y tratamientos sin demasiado éxito. Una vez que se pierde toda esperanza de embarazo y nacimiento con vida, la respuesta apropiada y necesaria es la aflicción. Es una extraña y complicada clase de depresión que lleva a la pérdida de las ganas de vivir, aunque no a la muerte y cuya característica principal es una sensación de desesperanza y desesperación.

La depresión resulta para algunos incapacitante y para otros un paquete emocional muy pesado que hay que aprender a llevar consigo. No importa la manera como sea experimentada,

la depresión es una respuesta tanto a las pérdidas excesivas como a las tensiones prolongadas creadas o producidas por la infertilidad.

Uno de los factores que interfieren con la posibilidad elaborativa de esta depresión se debe a que, si bien la sociedad ha construido rituales para confortar a los deudos, en el caso de la infertilidad el proceso es distinto: no hay funeral, ni velatorio, ni sepultura. La familia y los amigos no sólo no dan el pésame sino que además no deben enterarse nunca de lo sucedido. ¿Quién puede hacer un duelo por la pérdida de alguien que nunca ha nacido y, probablemente, ni siquiera concebido? El hecho es que no hay nada tangible para representar la pérdida y eso intensifica el dolor y hace que ésta sea más difícil de comprender. Hay mucho por lo que llorar y al mismo tiempo no hay nada de qué llorar. Todo está perdido y nada está perdido. Es así como la pareja infértil alcanza con frecuencia este punto de aflicción en soledad (Mahlstedt, 1985).

Todas las teorías que conciernen a factores que contribuyen a la depresión mencionan el concepto de pérdida. Esta puede comprender un objeto amado; una variedad de reforzadores; poder y control sobre lo que nos rodea o desarrollos positivos y esperanzados en la vida de uno. Dichas pérdidas implican, por lo común, un origen de seguridad crucialmente



importante que, cuando desaparece, conduce a una condición de tristeza y a una sensación de desolación y desamparo.

Una investigación reciente categorizó las pérdidas de mayor importancia clínica durante la edad adulta como factores etiológicos de la depresión. Estas pérdidas son: 1) de una relación, 2) de salud; 3) de status o prestigio; 4) de autoestima; 5) de autoconfianza; 6) de seguridad; 7) de una fantasía o de la esperanza de llenar una fantasía importante y 8) de algo o de alguien de gran valor simbólico (White, David y Cantrell, 1977).

Cualquiera de estas pérdidas puede precipitar una reacción depresiva en un adulto. La experiencia de infertilidad comprende prácticamente a todas ellas.

Mazor (1979) considera que la pérdida de relaciones significativas es un miedo constante en la pareja infértil. Surgen las preguntas acerca de si el cónyuge podría alejarse en caso de no poder tener hijos naturales o si sería más pertinente dejar al compañero o compañera para que pueda casarse con una persona fértil. Aparece también la duda en torno a ser aceptados por las respectivas familias políticas y el temor de perder a la pareja por estar permanentemente sumidos en un estado de ansiedad que tal vez el vínculo no logre superar.

En relación a la pérdida de autoconfianza o de un sentido adecuado de competencia o control, McCormic (1980) y Platt y col. (1973) afirman que la gente que siempre se ha dirigido a sí misma, que ha estado en control de sus vidas y ha considerado que el trabajo duro conduce al éxito en todas las tareas, es devastada por la experiencia de la infertilidad. A pesar de pagar un precio enorme en términos de dinero, tiempo, persistencia y compromiso con un programa o con un horario y el sacrificio a sí mismos y al matrimonio, no pueden lograr lo que todo mundo parece conseguir con muy poco esfuerzo: embarazarse.

La competencia en esta tarea va más allá de su poder. No importa lo que hagan o qué tan duro lo intenten, este fracaso invade todos los aspectos de su vida. Las citas con el médico se vuelven prioritarias sobre las actividades normales cotidianas; son incapaces de planear incluso unas vacaciones de una semana y mucho menos hacer decisiones profesionales mayores. Laboralmente, hombres y mujeres tienen problemas para concentrarse en tareas a largo plazo cuando están tomando medicación, recuperándose de una cirugía, encarando las consecuencias emocionales de la infertilidad y esperando diariamente que el proceso termine pronto. El impulso para lograr su objetivo de concebir surge como un control absoluto de sus vidas (Mahlstedt, 1985).

La infertilidad también comprende decisiones innumerables concernientes al tratamiento médico y a las alternativas para detenerlo, como serían la adopción o aceptar vivir sin hijos.

Las parejas se esfuerzan ante dudas tales como volver a la escuela o a un trabajo abandonado, mudarse de casa, dejar de tomar un medicamento, de operarse y de seguir las tablas de temperatura, cambiar de médicos, adoptar o considerar la inseminación artificial, etc.

Por otro lado, tomar cualquiera de estas decisiones hace surgir otra serie de preguntas tales como: "¿soy un cobarde o un rajón si dejo de una vez por todas el tratamiento?" o, "si cambiamos de médico, ¿cómo sabemos cuál es el mejor para nosotros?".

Desafortunadamente, no hay respuestas definitivas a estas preguntas y ninguna certeza acerca de qué decisión es la mejor. Parece como si todo el proceso de tratar de concebir invadiera la vida del sujeto, eliminando la sensación de autoconfianza, competencia y control que proviene de la familiaridad con el éxito y con la realización de un reto en particular.

### E. Ansiedad

Como se ha descrito arriba, la infertilidad crea muchas pérdidas simultáneas y complejas. En este sentido sólo se puede comparar a la muerte o al divorcio. Este fenómeno, donde hay tantas pérdidas simultáneas y no hay ningún apoyo ritualizado o ninguna descarga para el dolor, conduce a una ansiedad intensa. Como la pérdida, la ansiedad agota la energía psicológica para disfrutar la vida y para resolver problemas de toda magnitud. Así, menos apta para enfrentar la situación, la gente se siente deprimida.

Las opiniones sobre qué es la ansiedad difieren de manera notable. Algunos la definen como una experiencia vital mayor que crea la necesidad para el cambio en la vida de una persona, en tanto que otros la ven como una prolongada serie de problemas de todos los días (Holmes y Rahe, 1967 y Wallis, 1963).

Lo que hace de la infertilidad un factor ansiógeno es que es tanto un evento crucial de vida que comprende las pérdidas antes mencionadas (contribuyendo a la depresión) como una prolongación de problemas cotidianos que incluyen: tablas de temperatura, programas de medicación, incontables citas con los médicos, actos sexuales programados, la necesidad de alejarse del trabajo y un tratamiento muy costoso.

El tratamiento médico es en sí mismo una fuente de ansiedad. Algunas personas experimentan angustia y miedo en relación a las cirugías, anestесias e incluso pruebas de sangre. Otros se preocupan sobre los efectos a largo plazo y aún desconocidos de la terapia hormonal en relación a la madre y al hijo. Muchos sienten que el proceso los aísla de su familia y amigos, les crea vacíos financieros y les impone una esperanza pesada que los empuja hacia más cirugías y nuevas drogas, aún después de haber llegado a un límite.

Lo profesional y los planes vacacionales generalmente se arrojan al caos. El viejo adagio "apurate y espera" tipifica la rutina de la pareja: largas antecelas en cuartos de espera y de examinación e interminables semanas que fluctúan entre relaciones sexuales o inseminaciones perfectamente programadas y la determinación de éxito-fracaso en la concepción, como quien espera el resultado de una calificación, varias semanas después de haber dado un examen final.

Los muchos e indefinidos aspectos de la infertilidad crean ansiedad y hacen que la situación se vuelva cada vez más difícil, especialmente cuando no puede encontrarse un problema físico que explique por qué no ha habido un embarazo, cuando los resultados de las pruebas son inconclusos y cuando el límite de tiempo en tratamiento es

incierto o indefinido.

Una de las grandes preocupaciones en torno a la ansiedad en la pareja infecunda es que, si bien su etiología está vinculada a la dificultad de tener un bebé, puede, al mismo tiempo, ser la causa de la imposibilidad para engendrar. Esto queda demostrado en los estudios de Urry y Dougherty (1975), quienes probaron que la ansiedad puede alterar la espermatogénesis y la ovulación de manera significativa.

Se crea así un círculo vicioso que dificulta cada vez más las posibilidades de la procreación: frente a un largo periodo de infertilidad surge la ansiedad. Esta, bajo un lapso prolongado, inhibe los procesos de reproducción que, de no sufrir una elaboración adecuada, incrementarán los niveles de ansiedad.

Por todo lo anterior, cabe concluir que la realidad de las parejas que se enfrentan a la infertilidad es que ingresan a un proceso de intensa ansiedad en sus vidas. Esta puede fortalecer y darle una nueva dimensión a su relación o hundir a la pareja y separarla en su sensación de desesperación (Trepanier, 1985).

F. Resolución

La gente describe el estado de resolución de la siguiente forma: "Hay un retorno de la energía, quizá incluso un resurgimiento del entusiasmo y del bienestar, dando un sentido de perspectiva que restablece a la infertilidad en su lugar adecuado en la vida. Vuelve un sentido de optimismo y de fe; el sentido de humor mejora y algunos absurdos del pasado pueden servir para contar historias." (Menning, 1982 y 1980).

Los conceptos de sexualidad, la imagen de uno mismo y la estimación personal son reelaborados hasta separarlos completamente de todo lo que se refiere al embarazo, al tiempo que se viven como más sanos y completos. Los planes para el futuro comienzan de nuevo, construyendo un camino alrededor del obstáculo. La pareja se prepara para actuar con confianza al seleccionar una alternativa del plan de vida (como la adopción).

Si bien esta fase reestructura la existencia de la pareja, cabe señalar que los sentimientos no desaparecen para siempre. Estos pueden renovarse en momentos especiales tales como el aniversario de una pérdida o por crisis nuevas o diferentes. Sin embargo, estas situaciones nunca son tan difíciles o abrumadores como lo fueron en un principio y la

reactivación es aceptada rápidamente por el individuo.

G. La alternativa terapéutica.

Una gran parte de los artículos vinculados a la presencia de factores emocionales traumáticos, en la infecundidad, propone alternativas de tratamiento a cargo del médico y de especialistas en psicoterapia.

Desde la situación médica, por ejemplo, Menning (1980, 1982) señala que el médico especialista en problemas de esterilidad debe preocuparse por mejorar el clima emocional de los pacientes sometidos a un largo periodo de investigación y tratamiento, haciéndose cargo de algunas de sus emociones, tratando a los pacientes con una dosis mayor de afectos puestos en el vínculo, permitiendo al paciente externar sus dudas, ansiedades y temores dentro de la situación clínica y no dedicándose exclusivamente al seguimiento del problema médico.

En apoyo a esta idea, Lalos, Lalos, Jacobson y Von Schoultz (1985) proponen que, como forma de reducir los efectos colaterales de la investigación y el tratamiento médico es necesario que:

- 1) La investigación sea tan comprensiva y corta como se pueda.
- 2) Se eviten las investigaciones innecesarias y las



psicológicamente traumáticas como la temperatura basal.

- 3) Un sólo médico sea el responsable y tenga suficiente tiempo para dar asesoría e información a sus pacientes.
- 4) El hombre sea parte integral del tratamiento desde la investigación inicial hasta las últimas consecuencias del mismo.
- 5) Sr. haga una anamnesis de la vida sexual de la pareja y se inicien discusiones sobre ésta.
- 6) Se ofrezca ayuda psicosocial a las parejas durante y después del tratamiento médico.
- 7) Los pacientes tengan un contacto de seguimiento con el médico por lo menos un año después de haber terminado el tratamiento.

Es importante que el equipo médico que trata con parejas estériles tenga una actitud enfática y de comprensión y que se reconozcan las diversas reacciones psicológicas al problema de la esterilidad. Los pacientes deben sentir no sólo que sus reacciones son aceptadas y toleradas sino que también son comunes y compartidas por muchos otros que están en la misma situación.

En base a esto, Menning (1980, 1982) propone abrir a la pareja un campo de elaboración de conflictos mediante el grupo terapéutico. Este les permite compartir sus sentimientos con otras personas que padecen del mismo mal,

además de servir como compañía y ayuda para que los pacientes no se detengan en el proceso y puedan llegar al final con éxito.

La intervención psicológica es relevante para tratar con los resultados de un tratamiento de infertilidad. La inhabilidad para tener hijos es una pérdida real y el descubrimiento de que la infertilidad es irreversible resulta, naturalmente, en un duelo y una depresión.

La empatía del médico y del terapeuta ayuda pero no es suficiente. Si éste último acepta la depresión cara a cara y empuja o anima al paciente a hablar más de ella, puede descubrir, por ejemplo, fantasías tales como que una mujer atribuye su infertilidad a una indiscreción en el pasado o que un hombre explica su azoospermia por el hecho de que se masturba.

Si los síntomas o dificultades maritales persisten, el terapeuta puede asumir que existen conflictos inconcientes tempranos y que los síntomas sirven a la función de una ganancia secundaria, ya sea intrapsíquicamente o dentro de la relación marital.

Por ejemplo, una mujer puede utilizar sutilmente el bajo conteo espermático de su marido para defenderse a sí misma

de su propia sensación de ineptitud.

Por su parte, la preocupación de un marido que tiene una esposa anovulatoria puede ser un vehículo de resentimiento o una reacción contra el miedo frente a la fantasía de haberla dañado.

Berger (1980 b) recalcó la idea de que, en caso de descubrir alguna evidencia de desorden psiquiátrico importante, el médico está obligado a solicitar que el o la paciente sean tratados psicológicamente, con la esperanza de que de alguna manera el problema de infertilidad sea corregido. Sin embargo, este autor afirma que, en la ausencia de una psicopatología severa, el rol del psiquiatra es muy ambiguo.

La ruta de trabajo será la de buscar los conflictos relacionados con el embarazo. El psicoterapeuta debe preguntarse si existen los motivos secundarios detrás del deseo de tener hijos. ¿Es el hijo tan deseado una cura para una pareja que anda fallando? ¿Ambos miembros de la pareja están ambivalentes en términos de mantener su vínculo? ¿Hay ansiedades en relación al embarazo o alrededor de la capacidad para ser padres?

Aunque generalmente se atribuyen estas preocupaciones a la mujer, no están ausentes en los hombres (Berger, 1978 y

Curtis, 1955). La rivalidad con el hijo por la atención de la esposa, los impulsos competitivos, la envidia, el miedo de lastimar al bebé, el surgimiento de sentimientos maternos (por lo tanto no masculinos, inaceptables) son sólo algunas de las posibilidades de conflicto en el esposo.

Es a todas luces evidente el hecho de que tener un hijo es, para muchos, un parámetro de crecimiento y abordaje a la vida adulta. Sin esta experiencia, los individuos pueden no sentir que han realizado aquel pasaje único en su especie que lleva a la madurez. Ser padre es parte de una perspectiva de ser adulto. Perder esa visión duele profundamente.

Resulta entonces no sólo válido, sino necesario, ofrecer a la pareja infértil un espacio donde entender, elaborar y metabolizar su dolor, de modo que pueda recuperar aquellas partes creativas de su vida que, por la falta de un hijo, han sido cubiertas por la sombra de la infecundidad.

**METODOLOGIA**

METODOLOGIAA. Problema

El propósito de esta investigación fue el de valorar:

- a). Si la infertilidad es una condición que puede relacionarse con estados de ansiedad de peso en los sujetos que la padecen.
- b). Si existen rasgos de una personalidad tan ansiosa que puedan ser pensados como agentes favorecedores de la infecundidad.
- c). Si esta patología (la infertilidad) puede asociarse con la génesis de problemas sexuales y
- d). Si existen de base problemas sexuales que puedan incrementar el riesgo de episodios de infecundidad.

B. Definición de Variablesa). Variables Independientes

V.I.1: Infertilidad primaria. Definida como "la inhabilidad para concebir un primer hijo después de dos años de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva alguna." (Trepanier, 1985).

V.I.2: Fertilidad. Entendida como la posibilidad de engendrar y parir uno o más hijos en un lapso no mayor de tres meses de estarlo intentando.

b). Variables Dependientes

1) Ansiedad-Estado, conceptualizada como "una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos percibidos concientemente y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Son estados que pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo." (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1970).

2) Ansiedad-Rasgo, definida como "las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad. Es decir, las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado." (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

3) Respuesta sexual, definida como la habilidad para lograr un desarrollo satisfactorio del coito, incluyendo excitación previa, meseta y orgasmo adecuados (Masters y Johnson, 1970).

### C. Validez de las Variables Dependientes

Las evaluaciones de la Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo fueron hechas mediante El IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), debidamente estandarizado para nuestro país y cuyos datos de confiabilidad y validez se hayan publicados. Es esta la razón por la que se procedió a emplear la prueba tal y como aparece en sus protocolos.

Para el caso de la respuesta sexual, se confeccionaron 153 reactivos, mismos que fueron estudiados por 5 jueces independientes, quienes evaluaron la posibilidad de que cada reactivo midiese lo buscado.

Se modificaron todos aquellos reactivos que fueron catalogados como "no válidos" por más del 20% de los jueces.

Además de su aplicación como un todo, se estructuraron, a partir de las 153 preguntas, 4 escalas que pretendieron evaluar:

a). Actividad Sexual Previa, que se valoró mediante los siguientes 7 reactivos:

1. Número de parejas con las que vivió el sujeto, previo a su relación de pareja actual.
2. Edad de las primeras caricias heterosexuales sin



penetración.

3. Edad de la primera relación heterosexual con penetración.

4. Número de parejas con que el sujeto tuvo caricias heterosexuales sin llegar a la penetración, antes de su pareja actual.

5. Número de parejas con que el sujeto tuvo relaciones heterosexuales con penetración, antes de su pareja actual.

6. Frecuencia de relaciones sexuales premaritales (con penetración) con la pareja actual.

7. Goce de las relaciones sexuales premaritales (con penetración) con la pareja actual.

b). Actividad Masturbatoria (autoerótica), estructurada con los siguientes 7 reactivos:

1. Edad a la que el sujeto se masturbó por primera vez.

2. Frecuencia de masturbación durante la infancia.

3. Frecuencia de masturbación durante la adolescencia.

4. Frecuencia de masturbación actual.

5. Preferencia de la masturbación por sobre las relaciones sexuales con penetración.

6. Preferencia de la masturbación por parte del (la) compañero(a) por sobre la relación sexual con

penetración.

7. Edad de las primeras caricias homosexuales sin penetración.

c). Placer Sexual Actual, que incluye los siguientes 25 reactivos:

1. Frecuencia de las relaciones sexuales con la pareja actual.
2. Goce de las relaciones sexuales con la pareja actual.
3. Repudio hacia las relaciones sexuales con la pareja actual.
4. Placer hacia el sexo oral con la pareja actual.
5. Placer hacia el sexo anal con la pareja actual.
6. Frecuencia con que el sujeto inicia la relación sexual con su pareja actual.
7. Frecuencia con que el sujeto evita la relación sexual con su pareja actual.
8. Frecuencia con que el otro cónyuge evita la relación sexual.
9. Frecuencia con que el sujeto logra tener una excitación adecuada con su pareja actual, previo a la penetración.
10. Frecuencia con que el sujeto logra mantener la excitación a lo largo de toda la relación sexual con su pareja actual.

11. Frecuencia con la que el sujeto alcanza un orgasmo en la relación sexual con su pareja actual.
12. Frecuencia con que el sujeto siente haber logrado satisfacer sexualmente a su pareja actual.
13. Frecuencia con que el sujeto y su pareja actual utilizan posiciones variadas en sus relaciones sexuales.
14. Frecuencia con que las mujeres se lubrican, previo a la relación sexual con su pareja actual.
15. Rechazo de las mujeres hacia la penetración sexual.
16. Dolor por parte de las mujeres durante la relación sexual con su pareja actual.
17. Facilidad con la que los hombres logran tener una erección al empezar una relación sexual con su pareja actual.
18. Frecuencia con que los hombres pierden la erección durante la relación sexual con su pareja actual.
19. Frecuencia con que los hombres sufren de eyaculación precoz en la relación sexual con su pareja actual.
20. Frecuencia con que los hombres sufren de eyaculación retardada en la relación sexual con su pareja actual.
21. Frecuencia con que los hombres sufren de

ausencia de eyaculación en la relación sexual con su pareja actual.

22. Fantasías de estar con otra pareja en el momento de tener relaciones sexuales con la pareja actual.

23. Frecuencia de masturbación actual.

24. Preferencia de la masturbación por sobre las relaciones sexuales con penetración.

25. Preferencia de la masturbación por parte del (la) compañero(a) por sobre las relaciones sexuales con penetración.

d). Satisfacción en la Relación Marital, valorada a través de los siguientes 6 reactivos:

1. Frecuencia de peleas con la pareja actual.
2. Frecuencia de golpes entre los miembros de la pareja en situaciones de pelea.
3. Forma en que el sujeto percibe su relación de pareja.
4. Placer frente a la relación de pareja.
5. Cercanía emocional frente a la pareja.
6. Sentimientos que la pareja evoca en el sujeto.

Para detectar la consistencia interna de las 4 escalas se obtuvo un Índice Alpha y una matriz de correlación entre ellas.

Los resultados de Alpha fueron:

Escala de Actividad Sexual Previa. Alpha = .6972

Escala de Actividad Masturbatoria. Alpha = .6681

Escala de Placer Sexual Actual. Alpha = .7457

Escala de Relación Marital. Alpha = .8164

Estos resultados indican que todas y cada una de las escalas tienen una alta consistencia interna, lo que implica que los reactivos de cada escala miden aquello que se pretende medir en cada una de ellas.

5. 5.11

La matriz de correlación arrojó los siguientes resultados:

	Sexualidad Previa	Actividad Masturb.	Placer Sexual	Relación Marital
Sexualidad Previa		R=.5013 P=.000	R=.3224 P=.011	R=.0959 P=.462
Actividad Masturbat.			R=.1978 P=.123	R=.0347 P=.789
Placer Sexual				R=.3061 P=.016

Los resultados de la correlación de escalas indican que:

1. La actividad sexual previa está íntimamente correlacionada con una actividad masturbatoria (R=.5013; P=.000), lo cual resulta coherente, en función de que la

actividad sexual infantil y adolescente es básicamente de carácter autoerótico.

2. La actividad sexual previa tiene una alta correlación con el placer sexual actual ( $R=.3224$ ;  $P=.011$ ). A mayor actividad sexual previa a la relación de pareja actual, mayor es el placer sexual con el cónyuge. Este resultado hace suponer una menor inhibición sexual en el desarrollo del sujeto que permite una mayor satisfacción de este tipo en la actualidad.
3. El placer sexual actual tiene, a su vez, una alta correlación con la satisfacción en la relación marital ( $R=.3061$ ;  $P=.016$ ). A mayor goce sexual, mayor disfrute de la relación marital.
4. Ni la sexualidad previa, ni la actividad masturbatoria están vinculadas con el goce en la relación marital.
5. La actividad masturbatoria no se correlaciona con el placer sexual actual.

**D. Hipótesis****a). Hipótesis de trabajo**

H1 No. 1 -Las parejas infecundas calificarán significativamente más alto en su estado de ansiedad que las parejas fecundas.

H1 No. 2 -Las parejas infecundas calificarán significativamente más alto en sus rasgos de ansiedad que las parejas fecundas.

H1 No. 3 -Las parejas infecundas calificarán como significativamente menos satisfactoria su relación sexual actual que las parejas fecundas.

H1 No. 4 -Las parejas infecundas calificarán como significativamente más satisfactoria su relación marital que las parejas fecundas.

**b). Hipótesis de Nulidad**

H0 No. 1 -No hay diferencias significativas en el estado de ansiedad de las parejas fecundas e infecundas.

HO No. 2 -No hay diferencias significativas entre las parejas fértiles e infértiles en lo relacionado a sus rasgos de ansiedad.

HO No. 3 -No hay diferencias significativas en la respuesta sexual de parejas fecundas e infecundas.

HO No. 4 -No existen diferencias significativas en el grado de satisfacción en la relación marital entre parejas fecundas e infecundas.

#### E. Diseño

La presente investigación se llevó a cabo con un diseño de comparación entre dos grupos, cuyos 32 sujetos fértiles y 30 sujetos infértiles quedaron ubicados bajo la siguiente distribución:

		CONDICION	
		FERTIL	INFERTIL
SEXO	MUJERES	16 A	15 B
	HOMBRES	16 C	15 D
		32	30



METODO.A. Sujetos

El estudio se inició con la selección de dos grupos. El primero está formado por 15 parejas que llevan un mínimo de dos años y un máximo de 8 años intentando concebir sin lograrlo ( $X=3.5$  años), que nunca han tenido un embarazo, no usan anticonceptivos, desean un hijo y están actualmente en tratamiento médico. Este es, para los fines de esta investigación, el grupo "infértil".

Todas estas parejas son urbanas, de clase media-alta, casadas y recurren al mismo tipo de consultorio médico. No existe en ellas impotencia por parte del marido ni hijos adoptivos.

El segundo es un grupo formado por 16 parejas con un mínimo de uno y un máximo de cuatro hijos ( $X=2.39$  hijos) y que nunca tuvieron un episodio de infertilidad. Esto quiere decir que sus embarazos se dieron en un lapso no mayor de tres meses de estarlo intentando. Este es, para el propósito de este trabajo, el grupo control o "fértil".

Los 62 sujetos son pacientes de un número reducido de

consultorios ginecológicos privados pertenecientes a un mismo estrato económico, lo que permitió tener acceso a los expedientes para hacer la selección.

Para obtener las muestras de cada grupo, se seleccionó a 30 mujeres infecundas que hubieran estado en un tratamiento ininterrumpido durante los últimos dos años (con el propósito de lograr un embarazo) y que hubiesen acudido a consulta en el último bimestre y a 30 mujeres fértiles que también hubieran asistido a consulta en los últimos 2 meses.

Se hizo especial énfasis en que éstas últimas respondieran al mismo patrón socioeconómico que las primeras, no tuvieran hijos adoptivos de por medio y no existieran problemas de impotencia masculina.

Las características sociodemográficas de la muestra son:

EDAD.

Mujeres Fértiles.	Min. 27 años; Máx. 50 años	X=37 años
Mujeres Infértiles.	Min. 24 años; Máx. 43 años	X=33 años
U-Mann Whitney: $P=0.0586$		
Hombres Fértiles.	Min. 34 años; Máx. 51 años	X=40 años
Hombres Infértiles.	Min. 27 años; Máx. 51 años	X=35 años
U-Mann Whitney: $P=0.0263*$		

\* Esta variable no pudo ser controlada debido a que la selección se hizo con las mujeres de la pareja. Sin embargo, en el capítulo de resultados se especifica el manejo estadístico que se hizo para tratar de valorar hasta qué punto esta variable podía afectar el estudio.

## NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS.

Mujeres Fértiles. Min. 9 años; Máx. 20 años X=14.7 años  
 Mujeres Infértiles. Min. 12 años; Máx. 20 años X=16.8 años  
 chi-cuadrada: P=:1826

Hombres Fértiles. Min. 9 años; Máx. 20 años X=16.3 años  
 Hombres Infértiles. Min. 9 años; Máx. 20 años X=16.6 años  
 chi-cuadrada: P=.1441

## INGRESOS NETOS AL MES.

	NO TIENEN INGRESOS	SI TIENEN INGRESOS	X TOTAL	X DE LOS QUE TIENEN INGRESO
MUJER FERTIL	43.8%	56.2%	1,435,438	2,551,889
MUJER INFERTIL	33.3%	66.7%	1,971,167	2,956,750
HOMBRE FERTIL	---	100.0%	7,760,469	7,760,469
HOMBRE INFERTIL	---	100.0%	6,967,000	6,967,000
PAREJA FERTIL	---	100.0%	9,195,907	9,195,907
PAREJA INFERTIL	---	100.0%	8,938,167	8,938,167

## B. Alcances y Limitaciones.

Estas condiciones de selección hacen que se reduzca la universalidad de los datos. No puede haber una generalización automática de los resultados de este estudio a parejas rurales, de escasos recursos socioeconómicos o de una clase social mucho más alta que la estudiada. Tampoco se aplica a parejas que hayan accedido a la paternidad por medio de la adopción o en quienes el problema de

infecundidad está dado específicamente por una impotencia sexual masculina.

C. Instrumentos.

Se entregó a cada miembro de la pareja, un cuestionario de autoevaluación del "Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado" (IDARE) de Spielberger y Díaz-Guerrero, (1975) y una relación de 153 preguntas de opción múltiple, elaboradas especialmente para este estudio. (Ver Anexo 1)

El cuestionario resuelto por los 62 sujetos tuvo el propósito de evaluar:

1. Datos generales del sujeto (7 preguntas):

- Edad.
- Religión.
- Nivel máximo de estudios.
- Ocupación actual.
- Ingresos.

2. Antecedentes familiares (14 preguntas):

- Número de hermanos.
- Lugar entre los hermanos.
- Número de medios hermanos.

Muerte de hermanos pequeños.

Abortos espontáneos y voluntarios de la madre.

Muerte temprana de los progenitores.

3. Datos generales de la pareja (46 preguntas):

Tiempo de vivir en pareja.

Tipo de unión.

Responsabilidad por problemas domésticos.

Responsabilidad por problemas económicos.

Embarazos.

Problemas de infertilidad.

Abortos espontáneos y voluntarios.

Hijos.

Muerte de hijos.

4. Relaciones extramaritales (24 preguntas):

Número de parejas.

Embarazos.

Hijos.

Abortos.

Culpas.

5. Sexualidad previa (16 preguntas):

Masturbación durante la infancia.

Masturbación durante la adolescencia.

Número de parejas anteriores.

Caricias sexuales premaritales con parejas distintas a la actual.

Relaciones sexuales premaritales con parejas distintas a la actual.

Relaciones sexuales premaritales con la pareja actual.

Hijos nacidos antes del matrimonio con parejas distintas a la actual.

Abortos de otras parejas.

Abortos con la pareja actual.

Culpas.

6. Relación sexual actual (26 preguntas):

Frecuencia.

Goce de la relación.

Iniciativa sexual.

Evasión de la relación sexual.

Nivel de excitación.

Orgasnia.

Nivel de satisfacción.

Variación de posiciones en el coito.

Goce de coito anal.

Dolor durante el coito.

Dificultades en la erección.

Problemas eyaculatorios.

Masturbación.

7. Relaciones Homosexuales (11 preguntas):

Caricias.

Coito.

Frecuencia.

Goce.

Relaciones infantiles.

Relaciones actuales.

Culpas.

8. Relación marital (6 preguntas):

Frecuencia de peleas.

Golpes.

Satisfacción en la relación.

Cercanía emocional.

9. Tratamientos Psicoterapéuticos (3 preguntas):

Tratamientos llevados a cabo.

Necesidad de someterse a un tratamiento.

D. Procedimiento

Se solicitó telefónicamente a cada una de las parejas que participara en una investigación "sobre infecundidad", explicándoles que solamente se requería que contestasen un cuestionario anónimo. Es interesante hacer notar que sólo

una de las 60 parejas se negó a participar en ese momento.

Sin embargo, cuando se hizo llegar a cada sujeto su respectivo cuestionario, fue evidente el rechazo de muchos hombres para hablar de su sexualidad (50% de infértiles y 46.7% de fértiles), llegando incluso a "impedir" a sus esposas que lo contestasen.

Ya que un requisito básico impuesto para el estudio fue el que ambos miembros de las parejas estudiadas se sometieran a la investigación, se eliminaron los datos de aquellas mujeres cuyos maridos se opusieron a contestar el cuestionario, reduciéndose considerablemente la muestra.

Esto implica otra limitante para la posibilidad de generalizar los resultados a parejas que podrían definirse como "más conservadoras".

Se entregó a cada una de las parejas un sobre grande que contenía en su interior dos sobres más pequeños, cerrados, con la palabra identificatoria "hombres" o "mujeres". En el interior de éstos últimos se encontraba el cuestionario y las hojas de respuesta del IDARE.

Se pidió a cada uno de los cónyuges que leyera cuidadosamente el cuestionario y lo respondiera sin hacer



ningún comentario o pregunta a su pareja. Asimismo, se solicitó que una vez respondido se depositara de nuevo en su sobre y se cerrara perfectamente, de modo que el compañero o compañera no pudieran ver su contenido.

Ambos cuestionarios compartían el mismo número ordinal, que en el caso de los hombres iba acompañado de la letra "H", en tanto que en el de las mujeres aparecía la letra "M".

Esto se hizo con el propósito de poder identificar con posterioridad a ambos miembros de la pareja en cuestión. Sin embargo, el experimentador no tenía noción del número de cuestionario que entregaba a cada quien, con el propósito de garantizar el anonimato y favorecer respuestas más honestas.

Los sobres permanecieron cerrados hasta haber recolectado la totalidad de ellos, de modo que no cupiera la posibilidad de identificar a los últimos participantes.

Una vez reunidos, se procedió a hacer la captura de datos, misma que después fue verificada y corregida mediante una confrontación con los mismos cuestionarios.

### E. Análisis Estadístico

El siguiente paso fue hacer el análisis de los datos. Para ello se emplearon las siguientes pruebas:

1. Análisis de frecuencias, para poder hacer una primera determinación de las diferencias entre los grupos.
2. Análisis de varianza para la medición de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado.
3. Chi cuadrada, para valorar las diferencias en cada uno de los reactivos del cuestionario y
4. U de Mann Withney para la evaluación de las escalas (Actividad Sexual Previa; Actividad Masturbatoria; Placer Sexual Actual y Relación Marital).

El nivel de significancia para cada una de las comparaciones se determinó como  $P \leq .05$

RECEIVED

El análisis de los datos en la presente investigación arrojó resultados que pueden ser categorizados de la siguiente manera:

1. Variables que no muestran ninguna diferencia significativa ( $P > .05$ ) entre:

A. Mujeres fértiles y mujeres infértiles.

B. Hombres fértiles y hombres infértiles.

C. "Parejas fértiles" y "parejas infértiles". Para los fines de este trabajo, se denomina "pareja fértil" al grupo formado por la suma de hombres y mujeres fértiles y "pareja infértil" al grupo formado por los hombres y mujeres infértiles.

(TABLA No. 1).

2. Variables que muestran diferencias significativas ( $P \leq .05$ ) entre:

A. Mujeres fértiles y mujeres infértiles.

B. Hombres fértiles y hombres infértiles.

C. "Parejas fértiles" y "parejas infértiles".

(TABLA No. 2).

3. Variables que muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres (TABLA No. 3). En este caso, las diferencias son imputables al sexo y no al factor fecundidad, objeto de esta investigación.

## T A B L A N o . 1

VARIABLES EN LAS QUE NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS ENTRE  
 A. MUJERES FERTILES E INFERTILES  
 B. HOMBRES FERTILES E INFERTILES Y  
 C. PAREJAS FERTILES E INFERTILES  
 DADAS EN VALOR DE  $P \leq .05$

- Adopciones en el núcleo familiar primario
- Número de hermanos
- Número de medios hermanos
- Lugar entre los hermanos
- Muerte temprana de algún progenitor
- Tipo de unión marital
- Número de abortos voluntarios con la pareja actual
- Número de abortos voluntarios con otras parejas antes de la actual
- Abortos espontáneos con la pareja actual
- Abortos espontáneos con otras parejas antes de la actual
- Muerte de hijos
- Hijos engendrados con otras parejas
- Relaciones premaritales con la pareja actual
- Frecuencia de relaciones sexuales
- Goce de la relación sexual
- Rechazo hacia la relación sexual
- Evasión de la relación sexual
- Iniciativas hacia la relación sexual
- Logro de una excitación adecuada previo a la relación sexual
- Mantenimiento de una excitación adecuada a lo largo de la relación
- Nivel de orgasmia
- Utilización de posiciones variadas en el coito
- Dolor durante el coito
- Problemas eyaculatorios
- Relaciones homosexuales
- satisfacción en la relación marital
- ANSIEDAD-ESTADO
- ANSIEDAD-RASGO

A continuación se muestra el análisis estadístico de las principales variables que no arrojaron diferencias significativas entre sujetos fértiles e infértiles.

ANALISIS ESTADISTICO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES EN QUE  
NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE  
SUJETOS FERTILES E INFERTILES

NUMERO DE HERMANOS.

	MEDIA	MODA	HIJO UNICO	UN SOLO HERMANO
Mujeres Fértiles	4.06	4	---	---
Mujeres Infértiles	3.33	3	13.33%	6.7%
Hombres Fértiles	3.19	2	---	25.0%
Hombres Infértiles	3.26	2	13.33%	6.7%

SATISFACCION EN LA RELACION SEXUAL.

U-Mann Whitney:

Mujeres Fértiles vs. Mujeres Infértiles P=.4474

Hombres Fértiles vs. Hombres Infértiles P=.1100

LOGRO DE ORGASMOS.

U-Mann Whitney:

Mujeres Fértiles vs. Mujeres Infértiles P=.1563

Hombres Fértiles vs. Hombres Infértiles P=.3682

DOLOR DURANTE LA RELACION SEXUAL.

U-Mann Whitney

Mujeres Fértiles vs. Mujeres Infértiles P=.1629

## ESCALA DE PLACER SEXUAL.

Análisis de Varianza:					
Fuente de variación	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Media de Cuadrados	F	Nivel de Significancia
Media	2	196.565	98.282	1.161	.320
A.SEXO*	1	191.629	191.629	2.263	.138
B.PAREJA**	1	4.936	4.936	.058	.810
A-B	1	47.986	47.986	.567	.455
Explicado	3	244.550	81.517	.963	.417
Residual	58	4910.821	84.669		
Total	61	5155.371	84.514		

\*SEXO: Alude a las diferencias entre hombres y mujeres.

\*\*PAREJA: Alude a las diferencias entre sujetos fértiles e infértiles.

## ESCALA DE RELACION MARITAL.

Análisis de Varianza:					
Fuente de variación	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Media de Cuadrados	F	Nivel de Significancia
Media	2	33.981	16.990	2.096	.152
A.SEXO*	1	10.903	10.903	1.345	.251
B.PAREJA**	1	23.078	23.078	2.847	.097
A-B	1	1.355	1.355	.167	.684
Explicado	3	35.336	11.779	1.453	.237
Residual	58	470.083	8.105		
Total	61	505.419	8.286		

## ESCALA DE ANSIEDAD-ESTADO.

Análisis de Varianza:					
Fuente de variación	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Media de Cuadrados	F	Nivel de Significancia
Media	2	295.978	147.989	1.051	.356
A.SEXO*	1	5.226	5.226	.037	.848
B.PAREJA**	1	290.753	290.753	2.065	.156
A-B	1	1.808	1.808	.013	.910
Explicado	3	297.786	99.262	.705	.553
Residual	58	8167.633	140.821		
Total	61	8465.419	138.777		

\*SEXO: Alude a las diferencias entre hombres y mujeres.

\*\*PAREJA: Alude a las diferencias entre sujetos fértiles e infértiles.

## ESCALA DE ANSIEDAD-RASGO.

Análisis de Varianza:					
Fuente de variación	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Media de Cuadrados	F	Nivel de Significancia
Media	2	483.730	241.865	2.784	.070
A.SEXO*	1	154.903	154.903	1.783	.187
B.PAREJA**	1	328.827	328.827	3.785	.057
A-B	1	269.355	269.355	3.100	.084
Explicado	3	735.085	245.028	2.889	.043
Residual	58	5039.108	86.881		
Total	61	5792.194	94.954		

\*SEXO: Alude a las diferencias entre hombres y mujeres.

\*\*PAREJA: Alude a las diferencias entre sujetos fértiles e infértiles.



## T A B L A N o . 2

VARIABLES EN LAS QUE SE ENCONTRARON DIFERENCIAS ENTRE  
 A. MUJERES FERTILES E INFERTILES  
 B. HOMBRES FERTILES E INFERTILES Y  
 C. PAREJAS FERTILES E INFERTILES  
 DADAS EN VALOR DE  $P \leq .05$

	Mujer F Vs. Mujer Inf	Hombre F Vs. Hombre Inf	Pareja F Vs. Pareja Inf
Edad		.0263	.0328
Tiempo de vivir en pareja			.0000
Padres separados	.0380		
Fe religiosa		.0402	.0143
Hermanos muertos en la infancia			.0417
Caricias homosexuales Previas		.0395	.0374
Frecuencia de masturbación adolescente	.0271		
Edad de primeras relaciones sexuales	.0332		
Convivencia con parejas anteriores	.0269		.0111
Goce de masturbación con pareja actual		.0169	.0074
Goce de coito anal con pareja actual	.0484		
Relaciones extramaritales		.0057	
Fantasías de relaciones extramaritales		.0470	.0089

ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES EN QUE  
SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE  
SUJETOS FERTILES E INFERTILES, DADAS EN VALOR DE  $P \leq .05$

## EDAD.

Mujeres Fértiles.	X= 36 años, 9 meses.
Mujeres Infértiles.	X= 32 años, 8 meses.
Hombres Fértiles.	X= 40 años, 3 meses.
Hombres Infértiles.	X= 35 años, 6 meses.

U-Mann Whitney:

Mujeres Fértiles vs. Mujeres Infértiles.  $P = .0586$ Hombres Fértiles vs. Hombres Infértiles.  $P = .0253$ 

## TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA.

Parejas Fértiles.	X= 12 años, 2 meses.
Parejas Infértiles.	X= 5 años, 6 meses.

U-Mann Whitney:  $P = .0000$

Dado que ambas muestras tuvieron diferencias significativas en relación a edad (en los hombres) y años de matrimonio (en hombres y mujeres), se procedió a incluir un factor de prueba para todas y cada una de las variables en que existieron diferencias de peso entre las categorías de "Fértil" e "Infértil" (ver Tabla No. 2).

Este factor de prueba tuvo la función de determinar si las diferencias encontradas son imputables al problema de la fecundidad o a las variables de edad y tiempo de vivir en pareja.

Para ello, se correlacionó la variable en cuestión (aquella que tenía una  $P \leq .05$ ) con la variable "años de matrimonio" en el caso de las mujeres y con las variables "edad" y "años de matrimonio" en el caso de los hombres.

Cuando la correlación determinó una  $P > .05$ , se consideró que la diferencia podía imputarse al factor "fecundidad", en tanto que, cuando la determinación fue de  $P \leq .05$ , la conclusión fue que la diferencia podía imputarse a la edad o años de matrimonio, según fuera el caso.

DIFERENCIAS ENTRE MUJERES FÉRTILES E INFÉRTILES  
 IMPUTABLES AL FACTOR "FECUNDIDAD".

## PADRES SEPARADOS.

Mujeres Fértiles. 25% fueron hijas de padres separados.  
 Mujeres Infértiles. 0% fueron hijas de padres separados.  
 chi-cuadrada:  $P=.0380$

Factor de Prueba.

U-Mann Whitney:

Años de matrimonio vs. Padres Separados:  $P=.9281$

## EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL.

	Media	Mediana	Moda
Mujeres Fértiles	17.5 años	17.5 años	17.5 años
Mujeres Infértiles	21.1 años	21.5 años	21.5 años

U-Mann Whitney:  $P= .0332$

Factor de Prueba.

Coefficiente de Correlación:

Años de matrimonio vs. Primeras relaciones sexuales:

$R=.0840$   $P=.653$

## CONVIVENCIA CON PAREJAS ANTERIORES A LA ACTUAL.

Mujeres Fértiles. 0% Convivió con parejas anteriores  
 Mujeres Infértiles. 26.7% Convivió con parejas anteriores  
 chi-cuadrada:  $P=.0269$

Factor de Prueba.

Coefficiente de Correlación:

Años de matrimonio vs. Convivencia con parejas anteriores:

$R=-.2747$   $P=.135$

## FRECUENCIA DE MASTURBACION EN LA ADOLESCENCIA.

	Mujeres Fértiles	Mujeres Infértiles.
Más de siete veces por semana	-	6.67%
Entre cinco y siete veces por semana	-	13.33%
Entre dos y cuatro veces por semana	-	13.33%
Una vez a la semana	6.25%	6.67%
Una vez a la quincena	-	-
Una vez al mes	6.25%	20.00%
Menos de una vez al mes	31.25%	6.67%
Nunca	56.25%	33.33%

U-Mann Whitney:  $P = .0271$

Factor de Prueba.  
 Coeficiente de Correlación:  
 Años de matrimonio vs. Masturbación adolescente:  
 $R = .1779$   $P = .338$

## GOCE DE COITO ANAL CON LA PAREJA ACTUAL.

Mujeres Fértiles.	75.0% practica y 25% goza el coito anal
Mujeres Infértiles	40.0% practica y 6.7% goza el coito anal
chi-cuadrada: $P = .0434$	
Factor de Prueba.	
Coeficiente de Correlación:	
Años de matrimonio vs. Goce de coito anal:	
$R = .2268$ $P = .220$	

De estos análisis se desprende que:

1. Es mucho más habitual el tener padres divorciados entre las mujeres fértiles que entre las infértiles ( $P=.0380$ ).
2. Las mujeres fértiles son más precoces en lo que toca a la edad de su primera relación sexual ( $X=17.5$  años) que las mujeres infértiles ( $X=21.1$  años) ( $P=.0332$ ).
3. Probablemente por esta causa, las mujeres infértiles recurrieron más a la masturbación en su adolescencia que las mujeres fértiles ( $P=.0271$ ).
4. A pesar de ser considerablemente más jóvenes, las mujeres infértiles han convivido con un mayor número de parejas previas a su relación actual que las mujeres fértiles ( $P=.0269$ ).
5. Las mujeres fértiles practican más y tienen mayor goce por el coito a anal que las mujeres infértiles ( $P=.0484$ ).

DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES FERTILES E INFERTILES  
 IMPUTABLES AL FACTOR "FECUNDIDAD".

## FE RELIGIOSA.

Hombres Fértiles. 62.5% son practicantes.  
 Hombres Infértiles. 93.3% son practicantes.  
 chi-cuadrada:  $P=.0402$

Factor de Prueba.

U-Mann Whitney:

Edad vs. Religiosidad.  $P=.3387$

Años de matrimonio vs. Religiosidad.  $P=.1344$

## CARICIAS HOMOSEXUALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Hombres Fértiles. 37.5% Tuvo caricias homosexuales  
 Hombres Infértiles. 6.7% Tuvo caricias homosexuales  
 U-Mann Whitney:  $P=.0395$

Factor de Prueba.

Coefficiente de Correlación:

Edad vs. Caricias homosexuales  $R=-.0033$   $P=.986$

Años de matrimonio vs. Caricias homosexuales  $R=-.2391$   $P=.195$

## GOCE DE MASTURBACION CON LA PAREJA ACTUAL.

Hombres Fértiles. 43.75% Goza el juego masturbatorio  
 Hombres Infértiles. 13.33% Goza el juego masturbatorio  
 U-Mann Whitney:  $P=.0169$

Factor de Prueba.

Coefficiente de Correlación:

Edad vs. Juego masturbatorio  $R=-.0033$   $P=.986$

Años de matrimonio vs. Juego masturbatorio  $R=-.2391$   $P=.195$

## FANTASIAS DE RELACIONES EXTRAMARITALES.

Hombres Fértiles. 87.50% Tiene fantasias extramaritales  
Hombres Infértiles. 46.67% Tiene fantasias extramaritales  
U-Mann Whitney:  $P = .0470$

Factor de Prueba.

Coefficiente de Correlación:

Edad vs. Fantasias extramaritales  $R = -.1478$   $P = .428$   
Años de matrim. vs. Fantasias extramaritales  $R = -.2461$   $P = .182$

De las diferencias encontradas entre hombres fértiles e infértiles se concluye que:

1. Los hombres infértiles son más apegados a la fe religiosa (93.3%) que los hombres fértiles (62.5%) ( $P=.0402$ ).
2. Los hombres fértiles (37.5%) tuvieron durante su infancia y adolescencia, mayor número de juegos homosexuales que los hombres infértiles (6.7%) ( $P=.0395$ ).
3. Los hombres fértiles aceptan y disfrutan más el juego masturbatorio con la pareja actual como parte de la relación sexual, que los hombres infértiles (43.75% y 13.33% respectivamente) ( $P=.0169$ ).
4. Los hombres fértiles (87.5%) tienen mayor tendencia a las fantasías de relación sexual con otras mujeres que los hombres infértiles (46.67%) ( $P=.0470$ ).

De lo anterior parece desprenderse que los hombres fértiles tienen una mayor libertad sexual en la práctica y la fantasía que los hombres infértiles, quienes parecen más reservados. Esto podría deberse a que éstos últimos son también más religiosos que los primeros y, posiblemente, más culpígenos en lo que toca al despliegue de sus fantasías sexuales.



DIFERENCIAS ENTRE PAREJAS FÉRTILES E INFÉRTILES  
 IMPUTABLES AL FACTOR "FECUNDIDAD".

## FE RELIGIOSA.

Parejas Fértiles. 68.7% son practicantes.  
 Parejas Infértiles. 93.3% son practicantes.  
 chi-cuadrada:  $P=.0143$

Factor de Prueba.  
 U-Mann Whitney:

Edad vs. Religiosidad.  $P=.1697$   
 Años de matrimonio vs. Religiosidad.  $P=.4456$

## MUERTE DE HERMANOS PEQUEÑOS.

Parejas Fértiles. 25% Sufrió la muerte de hermanos menores.  
 Parejas Infértiles. 50% Sufrió la muerte de hermanos menores.  
 chi-cuadrada:  $P=.0417$

Factor de Prueba.  
 U-Mann Whitney:

Edad vs. Muerte de hermanos  $P=.4161$   
 Años de Matrimonio vs. Muerte de hermanos  $P=.7151$

## CARICIAS HOMOSEXUALES PREVIAS.

Parejas Fértiles. 25.0% Tuvo caricias homosexuales  
 Parejas Infértiles. 3.3% Tuvo caricias homosexuales  
 U-Mann Whitney:  $P=.0374$

Factor de Prueba.  
 Coeficiente de Correlación:

Edad vs. Caricias homosexuales  $R=-.0958$   $P=.608$   
 Años de Matrimonio vs. Caricias homosexuales  $R=-.3016$   $P=.157$

## CONVIVENCIA CON PAREJAS ANTERIORES A LA ACTUAL.

Parejas Fértiles. 6.3% Convivió con parejas anteriores  
 Parejas Infértiles. 30.0% Convivió con parejas anteriores  
 chi-cuadrada:  $P=.0111$

Factor de Prueba.

Coefficiente de Correlación:

Edad vs. Parejas anteriores  $R=-.5215$   $P=.062$   
 Años de Matrimonio vs. Parejas anteriores  $R=-.0707$   $P=.712$

## GOCE DE MASTURBACION CON LA PAREJA ACTUAL.

Parejas Fértiles. 50.0% Goza el juego masturbatorio  
 Parejas Infértiles. 20.0% Goza el juego masturbatorio  
 U-Mann Whitney:  $P=.0074$

Factor de Prueba.

Coefficiente de Correlación:

Edad vs. Juego masturbatorio  $R=-.0958$   $P=.608$   
 Años de Matrimonio vs. Juego masturbatorio  $R=-.3016$   $P=.167$

## FANTASÍAS DE RELACIONES EXTRAMARITALES.

Parejas Fértiles. 71.9% Tiene fantasías extramaritales  
 Parejas Infértiles. 36.7% Tiene fantasías extramaritales  
 U-Mann Whitney:  $P=.0089$

Factor de Prueba.

Coefficiente de Correlación:

Edad vs. Fantasías extramaritales  $R=.1641$   $P=.390$   
 Años de Matrim. vs. Fantasías extramaritales  $R=.3507$   $P=.434$

Del análisis estadístico realizado para valorar las diferencias entre parejas fértiles e infértiles puede concluirse que:

1. Las parejas infértiles son, en su conjunto, más practicantes de una fe religiosa (93.3%) que las parejas fértiles (68.7%) ( $P=.0143$ ).
2. Las parejas infértiles tienen en su haber infantil un mayor número de muertes de hermanos pequeños que las parejas fértiles (50% contra 25% respectivamente) ( $P=.0417$ ).
3. Las parejas fértiles (25%) tuvieron, durante su infancia y adolescencia, mayor despliegue de juegos homosexuales que las parejas infértiles (3.3%) ( $P=.0374$ ).
4. Las parejas infértiles (30%) han convivido con un mayor número de parejas previas a su relación actual que las parejas fértiles (6.3%) ( $P=.0269$ ).
5. Las parejas fértiles aceptan y disfrutan más el juego masturbatorio con la pareja actual como parte de la relación sexual que las parejas infértiles (50.0% y 20.0% respectivamente) ( $P=.0169$ ).
6. Las parejas fértiles (71.9%) tienen mayor tendencia a las

fantasías de relación sexual extramarital que las parejas  
infértiles (36.7%) ( $P=0.0089$ ).

DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES FÉRTILES E INFÉRTILES  
IMPUTABLES AL TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA.

## RELACIONES EXTRAMARITALES.

Hombres Fértiles. 50.0% Tiene relaciones extramaritales  
Hombres Infértiles. 6.7% Tiene relaciones extramaritales  
U-Mann Whitney:  $P=.0057$

Factor de Prueba.

Coefficiente de Correlación:

Edad vs. Relaciones extramaritales  $R=.2261$   $P=.221$

Años de matr. vs. Relaciones extramaritales  $R=.6517$   $P=.000$

Aunque se encontró que los hombres fértiles tienen más relaciones extramaritales que los infértiles, puede concluirse, por el factor de prueba, que esa diferencia no se debe al problema de la "fecundidad" sino al tiempo de vivir en pareja. Esto indica que, a mayor tiempo de unión marital, mayor es, en los hombres, la búsqueda de vínculos sexuales fuera del matrimonio.

T A B L A N o . 3

DIFERENCIAS ENCONTRADAS ENTRE SEXOS, DADAS EN VALOR DE  $P \leq .05$ 

	Mujer F Vs. Hombre F	Mujer Inf Vs. Hombre Inf	Mujeres Vs. Hombres
Abortos espontáneos de la madre	.0339	.0009	.0009
Edad de las primeras caricias sexuales	.0297	.0311	.0153
Parejas sexuales previas s/penetración	.0196	.0183	.0092
Parejas sexuales previas c/penetración	.0083	.0175	.0049
Edad de la primera masturbación	.0002	.0321	.0000
Frecuencia de masturbación infantil	.0321	---	.0139
Frecuencia de masturbación adolescente	.0000	.1101	.0000
Frecuencia de masturbación actual			.0326
ESCALA DE ACTIVIDAD MASTURBATORIA	.0003	.0150	.0000
ESCALA DE SEXUALIDAD PREVIA	.0003	.0303	.0000

ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES EN QUE  
SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE  
HOMBRES Y MUJERES, DADAS EN VALOR DE  $P < .05$

## ABORTOS DE LA MADRE.

chi-cuadrada:		
Mujeres Fértiles vs. Hombres Fértiles		P=.0339
Mujeres Infértiles vs. Hombres Infértiles		P=.0099
Mujeres vs. Hombres		P=.0009

## EDAD DE LAS PRIMERAS CARICIAS SEXUALES SIN PENETRACION.

	MEDIA	MEDIANA	MODA
Mujeres Fértiles	17.5	17.5	17.5
Mujeres Infértiles	16.9	17.5	17.5
Hombres Fértiles	13.5	13.5	13.5
Hombres Infértiles	14.76	13.5	13.5

U-Mann Whitney:		
Mujeres Fértiles vs. Hombres Fértiles		P=.0479
Mujeres Infértiles vs. Hombres Infértiles		P=.0336
Mujeres vs. Hombres		P=.0423

## NUMERO DE PAREJAS SEXUALES SIN PENETRACION.

	MEDIA	MEDIANA	MODA	NO TUVIERON
Mujeres Fértiles	2.5	2.5	2.5	12.5%
Mujeres Infértiles	2.66	2.5	2.5	13.33%
Hombres Fértiles	9.5	9.0	5	0%
Hombres Infértiles	9.0	11.0	15.0	7.14%

U-Mann Whitney:		
Mujeres Fértiles vs. Hombres Fértiles		P=.0196
Mujeres Infértiles vs. Hombres Infértiles		P=.0183
Mujeres vs. Hombres		P=.0092

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES CON PENETRACION.

	MEDIA	MEDIANA	MODA	NO TUVIERON
Mujeres Fértils	0.938	0	0	62.50%
Mujeres Infértiles	1.933	2.5	0	46.67%
Hombres Fértils	6.25	5.0	2.5	6.50%
Hombres Infértiles	6.11	5.0	2.5	13.33%

U-Mann Whitney:  
 Mujeres Fértils vs. Hombres Fértils P=.0083  
 Mujeres Infértiles vs. Hombres Infértiles P=.0175  
 Mujeres vs. Hombres P=.0049

EDAD A LA QUE SE MASTURBO POR PRIMERA VEZ.

	MEDIA	MEDIANA	MODA	NUNCA LO HIZO
Mujeres Fértils	28.15	25.5	0	43.75%
Mujeres Infértiles	22.07	17.5	13.5	26.67%
Hombres Fértils	12.00	13.5	13.5	0%
Hombres Infértiles	12.29	13.5	13.5	0%

U-Mann Whitney:  
 Mujeres Fértils vs. Hombres Fértils P=.0002  
 Mujeres Infértiles vs. Hombres Infértiles P=.0321  
 Mujeres vs. Hombres P=.0000

FRECUENCIA DE MASTURBACION EN LA INFANCIA.

	Mujer Fértil	Mujer Infert.	Hombre Fértil	Hombre Infert.
Más de 7 veces por semana	-----	-----	-----	-----
Entre 5 Y 7 veces por semana	-----	6.67%	18.75%	13.33%
Entre 2 Y 4 veces por semana	-----	6.67%	18.75%	26.67%
Una vez a la semana	6.25%	13.33%	6.25%	6.67%
Una vez a la quincena	-----	6.67%	-----	6.67%
Una vez al mes	12.50%	-----	-----	13.33%
Menos de una vez al mes	6.25%	6.67%	12.50%	6.67%
Nunca	75.00%	53.33%	43.75%	26.67%

U-Mann Whitney:  
 Mujeres Fértils vs. Hombres Fértils P=.0000  
 Mujeres Infértiles vs. Hombres Infértiles P=.1101  
 Mujeres vs. Hombres P=.0000



FRECUENCIA DE MASTURBACION EN LA ADOLESCENCIA.

	Mujer fértil	Mujer Infért.	Hombre fértil	Hombre Infért.
Más de 7 veces por semana	-----	-----	6.25%	-----
Entre 5 Y 7 veces por semana	-----	13.33%	37.50%	26.67%
Entre 2 Y 4 veces por semana	-----	13.33%	18.75%	26.67%
Una vez a la semana	6.25%	6.67%	12.50%	20.00%
Una vez a la quincena	-----	-----	12.50%	13.33%
Una vez al mes	6.25%	20.00%	-----	-----
Menos de una vez al mes	31.25%	6.67%	12.50%	6.67%
Nunca	56.25%	33.33%	-----	6.67%

U-Mann Whitney:  
 Mujeres Fértiles vs. Hombres Fértiles P=.0000  
 Mujeres Infértiles vs. Hombres Infértiles P=.1101  
 Mujeres vs. Hombres P=.0000

FRECUENCIA DE MASTURBACION ACTUAL.

	Mujer fértil	Mujer Infért.	Hombre fértil	Hombre Infért.
Más de 7 veces por semana	-----	-----	6.25%	6.67%
Entre 5 Y 7 veces por semana	-----	-----	-----	6.67%
Entre 2 Y 4 veces por semana	-----	-----	6.25%	6.67%
Una vez a la semana	-----	-----	6.25%	-----
Una vez a la quincena	-----	13.33%	6.25%	6.67%
Una vez al mes	12.50%	-----	6.25%	6.67%
Menos de una vez al mes	12.50%	26.67%	18.75%	26.67%
Nunca	75.00%	60.00%	50.00%	40.00%

U-Mann Whitney:  
 Mujeres Fértiles vs. Hombres Fértiles P=.1075  
 Mujeres Infértiles vs. Hombres Infértiles P=.1575  
 Mujeres vs. Hombres P=.0326

ESCALA DE ACTIVIDAD MASTURBATORIA.

U-Mann Whitney:	
Mujeres Fértiles vs. Hombres Fértiles	P=.0003
Mujeres Infértiles vs. Hombres infértiles	P=.0150
Mujeres vs. Hombres	P=.0000

## ESCALA DE SEXUALIDAD PREVIA.

U-Mann Whitney:	
Mujeres Fértiles vs. Hombres Fértiles	P=.0003
Mujeres Infértiles vs. Hombres Infértiles	P=.0303
Mujeres vs. Hombres	P=.0000

El análisis de los datos anteriores sugiere que:

1. Los hombres reportan menor número de abortos de la madre que las mujeres ( $P=.0000$ ). Resulta poco probable que las madres de los hombres hayan abortado menos que las de las mujeres. Este resultado podría explicarse, más bien, por el hecho de que las mujeres están mejor enteradas de este asunto, pues son las hijas y no los hijos los que normalmente tocan este tema con las madres.

2. Los hombres son más prematuros en su despertar sexual y tienen una sexualidad más activa. Esto queda demostrado por las variables que investigaron:

- A. Edad de las primeras caricias sexuales.
- B. Número de parejas sexuales sin penetración.
- C. Número de parejas sexuales con penetración.
- D. Escala de sexualidad previa.

En todas ellas, los hombres calificaron significativamente más alto que las mujeres.

3. Los hombres son más propensos a la actividad autoerótica que las mujeres. Esto pudo verse en términos de la alta significancia que se obtuvo en el análisis de las variables:

- a. Edad de la primera masturbación.
- b. Frecuencia de masturbación infantil.
- c. Frecuencia de masturbación adolescente.
- d. Frecuencia de masturbación actual.
- e. Escala de actividad masturbatoria.

En todos estos rubros, los hombres calificaron llamativamente más alto que las mujeres en su conjunto.

## DISCUSSION

De acuerdo con el análisis estadístico presentado en la sección anterior, cabe concluir que las hipótesis de trabajo formuladas en esta investigación quedan rechazadas, aceptándose, por lo tanto, las hipótesis de nulidad:

H0 No. 1 -No hay diferencias significativas en el estado de ansiedad de las parejas fecundas e infecundas.

H0 No. 2 -No hay diferencias significativas entre las parejas fértiles e infértiles en lo relacionado a sus rasgos de ansiedad.

H0 No. 3 -No hay diferencias significativas en la respuesta sexual de parejas fecundas e infecundas.

H0 No. 4 -No existen diferencias significativas en el grado de satisfacción en la relación marital entre parejas fecundas e infecundas.

Sin embargo, cabe destacar que se encontraron diferencias ad hoc, mismas que plantean nuevas conjeturas, problemas a resolver y líneas direccionales para futuras investigaciones.

Estos resultados son analizados a continuación, siguiendo un enfoque explicativo psicodinámico.

## LA SEXUALIDAD

Desde una perspectiva general, puede decirse que las parejas fértiles e infértiles difieren poco en lo referente a la vida sexual.

Los resultados de este estudio coinciden con los de Keye y Deneris (1982-83), Mai y col. (1972), Rommer y Rommer (1958) y Schiller y col. (1985) en cuanto a que no hay diferencias significativas entre mujeres fecundas e infecundas en los siguientes rubros:

1. Deseo y frecuencia del coito.
2. Frecuencia de respuesta orgástica.
3. Actividad autoerótica actual.
4. Inhibición del deseo sexual.
5. Insatisfacción sexual.
6. Frigidez.
7. Rechazo del coito.
8. Juego sexual premarital.
9. Relaciones sexuales premaritales con la pareja actual.

En lo que respecta a la incidencia de experiencias homosexuales, Seward y col. (1965) se encontraron con que las mujeres infecundas se diferenciaban de las fértiles en cuanto a que las primeras tuvieron significativamente más

fantasías homosexuales durante la pubertad. Este estudio no pudo corroborar tal resultado, confirmando en cambio los resultados de Mai y col. (1972), quienes encontraron una igualdad de contactos homosexuales entre mujeres fecundas e infecundas.

Por otro lado, esta investigación concuerda con el estudio realizado por Nesbitt y col. (1968), donde se propone que las mujeres infértiles sufren de una mayor ansiedad frente a temas relacionados con el erotismo anal.

En lo que respecta a la sexualidad masculina, cabe destacar que tanto Palti (1969) como Amelar (1966), Dubin y Amelar (1971) y Rutledge (1979) detectaron una mayor incidencia de disfunción sexual y problemas eyaculatorios en el hombre infértil, culminando incluso en la impotencia total.

La presente investigación no reveló ninguna diferencia significativa en este plano, coincidiendo más con los hallazgos de Debrovner y Shubin-Stein (1976), quienes afirmaron haber encontrado una igualdad entre hombres fértiles e infértiles, tanto en la frecuencia de sus relaciones sexuales como en la incidencia de problemas eyaculatorios o de impotencia.

Ahora bien, a pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a un desempeño general de la respuesta sexual actual, sí aparecieron algunos datos que llaman notoriamente la atención. Los hechos a analizar que parten de los resultados que alcanzaron una significancia de  $P < .05$  en esta investigación indican que:

1. Las parejas infértiles:

- A. Tienen mayor número de hermanos muertos en la infancia.
- B. Son más apegadas a la fé religiosa que su contraparte, las parejas fértiles.
- C. Han participado <sup>o</sup> menos en juegos homosexuales infantiles.
- D. Rechazan más el juego masturbatorio con su pareja dentro de la relación sexual actual.
- E. Se permiten menos fantasías de relaciones sexuales extramaritales.
- F. Tienen mayor número de parejas anteriores a la actual.

2. Las mujeres infértiles:

- A. Tuvieron su primera relación sexual a una edad más tardía que las mujeres fértiles.
- B. Tuvieron una actividad sexual masturbatoria durante la adolescencia mucho mayor que las mujeres del otro grupo.



C. Rechazan e incluyen mucho menos el coito anal como parte de su vida sexual actual.

D. Han tenido mayor número de parejas anteriores a la actual que las mujeres fértiles.

3. Los hombres infértiles:

A. Son más apegados a la fe religiosa.

B. Han participado menos en juegos homosexuales infantiles que los hombres fértiles.

C. Rechazan más el juego masturbatorio con su pareja dentro de la relación sexual.

D. Se permiten menos fantasías de relaciones sexuales extramaritales que los hombres del grupo contrario.

El análisis de los datos obtenidos en este estudio toma como punto de partida el primero de los resultados arriba indicados, a saber, que en las parejas infecundas hay un mayor número de hermanos muertos durante la infancia que en las fecundas.

Este hallazgo encuentra eco en las conclusiones de autores tales como Jacobson (1946), quien plantea como génesis del conflicto la muerte o daño de hermanos menores; Langer (1958), que detectó en las mujeres con esta patología un deseo de aniquilar a la madre creativa y sus productos, corroborado por un perjuicio real ocurrido a la madre o a

algún hermano; Ramirez (1960), quien asegura que la génesis de la infecundidad puede hallarse en el nacimiento de hermanos menores; Nesbitt y col. (1968), quienes describen en la mujer infértil una mayor ansiedad frente al tema de la rivalidad fraterna y una mayor incidencia de sentimientos de culpa; Rutherford (1965), que ubica la génesis de la infecundidad en la incapacidad para permitir que un tercero interfiera en la diada madre-hija debido a un fuerte componente de celos y Loftus (1962), que encontró en las mujeres infértiles una gran incapacidad para identificarse con una madre culpígena a quien, en esencia, se odia.

Desde esta perspectiva, estos autores consideran como muy probable que detrás de la infertilidad —y sobre la base de la muerte de hermanos pequeños— exista una cadena de fantasías inconcientes por dilucidar.

La presente discusión, por tanto, pretende hacer una aproximación hipotética al entendimiento de esas fantasías, tomando como marco teórico un abordaje psicodinámico, de orden fundamentalmente kleiniano, que dé cuenta, con una cierta coherencia, de la secuencia de los resultados obtenidos en este estudio.

Es por todos conocido que uno de los procesos principales en

el desarrollo sexual del infante es el complejo de Edipo. En este estadio, el deseo de la niña pequeña se sostendrá sobre la fantasía de tener ella a los hijos de su padre, en tanto que en el varón, la fantasía será la de ser el objeto único de amor de la madre.

Las fantasías en torno a la escena primaria implican la intensificación de los sentimientos de exclusión y, por lo tanto, de celos frente a la relación de los padres. Aunado a esto, surgen los sentimientos de celos y rivalidad fraterna frente al nacimiento de nuevos hermanitos.

Así las cosas, las fantasías edípicas incluyen el deseo de borrar toda huella de relación sexual entre la pareja parental (cuya evidencia son los bebés de la madre) y de hacer desaparecer al o los rivales que cada vez conquistan más terreno frente al amor del padre y la madre. El deseo de matar al hermanito elimina, en una sola acción, al intruso que aparta al niño de sus progenitores y a la evidencia de que ambos se han unido para dejarlo afuera.

Ahora bien, cuando esta fantasía cobra realidad, es decir, cuando efectivamente muere un hermano pequeño, el infante "sobreviviente" sentirá que este fallecimiento fue resultado de sus intensos deseos asesinos. Esto desencadenará, por un lado, un gran sentimiento de culpa, miedo a un castigo

retaliatorio por parte de la madre enojada y un gran temor a sus propias fantasías que, de aquí en más, cobran valor de omnipotentes por el hecho de verse cumplidas.

Por otro lado, este infante hará una identificación con el objeto dañado sintiéndose, a su vez, con partes internas dañadas. Esto pudiera ser, de alguna manera, la génesis de la organicidad en la infertilidad.

Es altamente probable que toda esta situación sea la responsable de otro de los resultados de este estudio: el apego a la fe religiosa.

Temiendo a sus propias fantasías omnipotentes y al castigo de la madre, el pequeño "asesino" se refugia (estructurando un superyo severo) en la idea de un Dios Todopoderoso, -o al menos más poderoso que las propias fantasías agresivas- para solicitar de él una protección que garantice que dichos impulsos destructivos no vuelvan a aparecer, pues de hacerlo se cometería irremediamente un nuevo "crimen", al tiempo que crecería, aún más, el temor a un perseguidor externo (la madre), así como un perseguidor y un objeto dañado internos.

De esta manera, la religión, Dios y todos sus preceptos se convierten en el dique protector contra la emergencia de impulsos y deseos sádicos, hostiles, envidiosos y asesinos

que pueden, bajo el imperio de un pensamiento mágico omnipotente, hacerse realidad.

Dentro de la gama de deseos que han de taponarse con la ayuda de Dios y la religión, se encuentran también los impulsos sexuales. Responsables desde lo edípico del crimen cometido, estas fantasías tendrán que eliminarse del pensamiento y la acción.

Quizá este sea el factor que da cuenta de otro de los resultados aquí obtenidos: la casi ausencia de juegos masturbatorios homosexuales infantiles en los hombres y las parejas infecundas.

Sin embargo, y por más que se le desee contrarrestar, el impulso sexual hará irremediablemente su aparición grosera en la época de la adolescencia.

Si tomamos en cuenta los resultados de esta investigación, veremos que las mujeres fértiles son más precoces que las infértiles en cuanto a la edad de su primera relación sexual mientras que, en contraste, estas últimas se masturbaron mucho más durante su adolescencia que las mujeres fértiles.

Esto nos haría suponer que en su periodo adolescente, las mujeres fértiles han tenido una actitud sexual más abierta y

menos culpigena y pecaminosa que les permitió tener un encuentro sexual con un objeto externo. En cambio, la mujer infértil recurrió a una alternativa sexual silenciosa y oculta, que encuentra su lugar en la actividad autoerótica, reflejando así una carga de culpa y miedo en torno a la sexualidad.

Es probable que estas diferencias se deban, precisamente, a este apego religioso destinado a ocultar y acallar todo lo que de sexual (y por ende agresivo y asesino) se encuentre en el interior del sujeto.

Por otro lado, el hecho de dar descarga a los deseos sexuales mediante un coito con un objeto externo lleva a la mujer en cuestión a correr el riesgo de un embarazo, el cual denota, por lo menos, dos peligros: el primero sería el de mostrar al mundo y a sí misma que ese control externo, (llamado superyo, Dios o precepto religioso) ha fallado y, por lo tanto, el pensamiento puede volver a cobrar esa fuerza incontrolable y absolutamente peligrosa tanto para los objetos externos como para el yo.

El segundo riesgo es el temor de que, bajo el principio de la ley del Talión, al embarazarse y tener un hijo la madre cobre una venganza retaliatoria que cueste la vida al pequeño. Aunado a esto, se encontraría la culpa inmanejable

de tener al hijo que ella misma le quitó a su madre.

De esta manera, la masturbación cumple una función múltiple de vital importancia:

1. Elimina el riesgo de un embarazo y de los numerosos peligros que, vehiculizados en la fantasía inconciente, este conllevaría para el yo de estas mujeres.
2. Permite negar la idea de una escena primaria, evitando así el dolor frente a los celos y la exclusión.
3. Favorece la descarga sexual mediante un desempeño secreto, del cual nadie tenga conocimiento.

En lo tocante al secreto cabe destacar que, cuando una mujer ha tenido su primera relación sexual, casi siempre recurre a contarlo a alguien de su entera confianza, por lo común, "la mejor amiga". Quizá lo hace porque de todos modos existe, de entrada, un testigo presencial que puede dar fe de los hechos.

En contraste, la masturbación es una actividad que casi siempre queda oculta y no se revela a nadie. Es como si, al ocultarse, pudieran negarse las fantasías relacionadas con la escena primaria, los deseos incestuosos, y los temores

retaliatorios, culpigenos y autopunitivos.

De esta forma, el secreto parece expresar, a viva voz, "yo nada tengo que ver con un hombre, luego entonces mi madre tampoco (o viceversa)... yo nada tengo que ver con deseos sexuales hacia un tercero, los hombres no me hacen falta, por tanto no hay ningún deseo hacia mi padre... y ni mi madre ni yo tenemos nada que condenarme..."

Si siguiendo nuestro hilo de pensamientos, podemos suponer que tanto el hombre como la mujer infértiles quedan atrapados entre dos fuerzas fantásticas que los aprisionan en un gran conflicto. Por un lado, éstos querrian, en una intención reparatoria e identificatoria con los progenitores del propio sexo, casarse, dar rienda suelta a su sexualidad y procrear un hijo. Pero sus temores retaliatorios, sus culpas y sus miedos frente a sus propias fantasías y deseos hostiles los amenazan permanentemente.

Dadas estas fuerzas en conflicto, es probable que se encuentre una aparente "solución" a ambas demandas, buscando una pareja que, de un modo u otro, responda a las mismas fantasías e identificaciones inconcientes.

La nueva pareja hace así un pacto inconciente de casarse y tener una vida sexual, bajo un acuerdo tácito de encontrar



la forma de seguir taponando los crudos crímenes y deseos infantiles. Es probable que, con este fin, la enfermedad orgánica, expresión del objeto interno dañado, pase a ser la válvula de seguridad tan necesaria para la "tranquilidad mental".

Así, -y bajo el mismo principio de pacto inconciente- la pareja acuerda tener una vida sexual "no tan sexual". Este punto puede dar cuenta de otros tres resultados obtenidos en esta investigación, a saber: el que los hombres y las parejas infecundas evadan tanto la posibilidad de ejercitar fantasías de relaciones sexuales extramaritales -tal y como lo hacen sus opuestos, los hombres y parejas fértiles- como las caricias masturbatorias mutuas durante la relación sexual y el hecho de que las mujeres infértiles rechacen el coito anal dentro de su práctica sexual.

De esta manera, el encuentro físico. (infertilidad de por medio), parece estar destinado a cumplir con las mismas premisas que antes tuvo a su cargo la masturbación: elimina el posible nacimiento de un bebé, impidiendo la emergencia de mociones dolorosas inconcientes y reafirma la fantasía preexistente de un coito sádico y doloroso entre los padres, que se corrobora a partir de la propia insatisfacción sexual. Sin embargo, cabe aquí aceptar un agregado que se traduce en una lucha por lograr una concepción, como un

esfuerzo reparatorio e identificatorio con los propios padres.

Toda esta situación puede explicar el por qué de la incesante lucha de la pareja infértil en la búsqueda de un hijo; el por qué del sometimiento a situaciones francamente dolorosas y en ocasiones riesgosas, como son las histerosalpingografías o las anestias para el desempeño de distintas cirugías y laparoscopias y el por qué del sometimiento a situaciones tan humillantes como las pruebas postcoito o los análisis de muestras de semen.

Y es que en verdad, la pareja infértil tiene un intenso deseo de un hijo, un gran anhelo de tener lo que sus propios padres tuvieron y reparar el daño cometido en la fantasía. Pero además, la pareja infecunda tiene el peso del temor y la culpa frente a las propias fantasías inconcientes, que le impiden tal logro. De conseguir un embarazo, estas parejas quedarían apabulladas por la posibilidad de que se desatasen terribles fantasías que, hasta el momento, han logrado quedar encapsuladas y, por tanto, endeblemente contenidas.

Ahora bien, los resultados de este estudio indican que las mujeres y las parejas infecundas han tenido mayor número de parejas anteriores que las fecundas. Explicar este resultado implica, de una manera u otra, seguir en la línea del campo

hipotético que venimos tratando.

Es claro que el complejo de fantasías que acompaña a estos sujetos no sólo se hace patente en relación a la procreación de un hijo, sino que se haya presente en todos sus vínculos y actividades.

De esta manera, podemos suponer que si hay una culpa frente a la madre por haberle quitado a un hijo y eso repercute en un temor retaliatorio llevando a la infecundidad (entre otros motivos), existe también una culpa y un temor retaliatorios frente al deseo infantil de separar a la pareja de los padres que, necesariamente, repercute en la dificultad de mantener una pareja propia.

Al mismo tiempo, suponer objetos internos dañados implica que el vínculo con la pareja (como muchos otros vínculos), se haga depositario de proyecciones de esas partes fragmentadas y destruidas que, a su vez, implicarán la reintroyección de objetos cada vez más dañados que lleven a la ruptura de la relación.

ANSIEDAD

La vinculación entre ansiedad e infecundidad fue motivo de estudio de diversos autores. Platt y col. (1973) encontraron que, en líneas generales, la mujer infecunda suele ser más ansiosa y dependiente que la fértil.

Por su parte, Mai (1969) y McGrade y Tolor (1981) hallaron que, además de ser más ansiosas que las mujeres con hijos, las mujeres infértiles, en su conjunto, sufren de mayor ansiedad y tensión que sus respectivas parejas.

En relación a la comparación entre hombres fecundos e infecundos, Amelar (1966) y Dubin y Amelar (1971) descubrieron que el hombre infértil tiene mayor predisposición que el hombre fértil a sufrir el agobio de una gran tensión.

Corroborando estos hallazgos, Trepanier (1985), Mahlstedt (1985) y Menning (1980, 1982) consideran que, al enfrentarse a la infertilidad, las parejas en cuestión ingresan, ineludiblemente, a un proceso de intensa ansiedad en sus vidas.

Los resultados de la presente investigación no hallaron coincidencia alguna con los encontrados por los autores

arriba citados. El nivel de significancia en la escala de Ansiedad-Estado reveló una  $P=.156$  en tanto que, para la escala de Ansiedad-Rasgo, la significatividad fue de  $P=.057$ , resultando más ansiosas las parejas con hijos.

Ahora bien, el hecho de que no se hayan encontrado diferencias entre ambos grupos no implica, de ningún modo, que las mujeres y hombres infecundos estén libres de sentimientos de ansiedad y tensión.

Parece un error querer demostrar la presencia o ausencia de ansiedad en términos de comparaciones cuantitativas. El hecho de que no se encuentren diferencias significativas no implica que no exista ansiedad, o que ésta no sea un factor digno de tomarse en cuenta en el tratamiento de esta patología. Uno podría afirmar, simplemente, que tanto las parejas fecundas como aquellas que no pueden acceder a la paternidad están sometidas a estados de ansiedad considerables, aunque su génesis, su estructura o su vía de manifestación sean distintos.

Desde una perspectiva psicodinámica, puede considerarse que todo ser humano está sujeto a fantasías y ansiedades constantes inherentes a su funcionamiento mental. Aunque la discusión de este trabajo se ha basado exclusivamente en el abordaje de las fantasías prioritariamente persecutorias que

subyacen al problema de la infertilidad, esto no implica, de ningún modo, que los sujetos con hijos estén exentos de un mundo de fantasías y ansiedades del mismo tipo.

La experiencia psicoanalítica, desde cualquiera de sus desarrollos y escuelas, ha avalado desde siempre esta visión de la vida mental, aunque no es objeto de este trabajo describir el mundo fantástico que rige el funcionamiento normal de la mente.

Por otro lado, abordar el problema de la ansiedad desde un punto de vista fenoménico implica plantear que, si bien los hijos son una fuente de alegría y satisfacción -a la vez que una tarea que involucra a los padres en un proceso de intensa creatividad- la paternidad implica, además, un estado de alerta constante, un cúmulo de preocupaciones cotidianas que significan un alto compromiso de trabajo y esfuerzo para velar por la salud, el crecimiento y la educación de los pequeños.

Este compromiso de vida hacia los hijos es, necesariamente, un manantial de ansiedad inagotable que involucra una preocupación tanto por el cuidado de la vida de éstos como de la propia.

Por su parte, los sujetos infecundos están expuestos a

situaciones generadoras de angustia que emanan de sentimientos de inadecuación, impotencia, duelo y afrenta narcisista, derivados de su incapacidad para acceder a la paternidad.

Aunado a esto, la pareja infértil tiene que enfrentarse a peligros reales tales como anestésicos y cirugías; intenso dolor físico provocado por las pruebas de Rubin o las histerosalpingografías y consecuencias vitales implicadas por la ingesta de hormonas, entre muchos otros.

De todo lo anterior se desprende que, ya sea a consecuencia de fantasías inconscientes o de eventos externos reales, tanto las parejas fértiles como las infértiles están sometidas a situaciones de ansiedad, tan válidas unas como otras.

Cabe hacer destacar que, en nuestro país, la sociedad ha implementado algunos mecanismos que permiten a las parejas fértiles (básicamente pertenecientes a un estrato pequeño burgués) enfrentar las angustias vinculadas con la paternidad. Así, cada día es mayor el desarrollo de grupos destinados a contener las ansiedades relacionadas con el embarazo, el alumbramiento, el amamantamiento y la crianza de los hijos. Estos grupos toman a su cargo la preparación física y mental de la pareja, con el propósito de que ésta

pueda acceder al parto con un manejo más adecuado de las ansiedades y temores vinculados con el mismo.

En una etapa posterior, los padres tienen acceso (mediante un gran arsenal bibliográfico que día a día se incrementa y a través de grupos de entrenamiento a padres que, aunque son más escasos, empiezan a desarrollarse) a la información que les permita, de un modo u otro, comprender el desarrollo de la paternidad y compartirlo con sus iguales.

En el caso de las parejas infecundas la realidad es otra. Por lo común están solas en su proceso. Nuestra sociedad no ha implementado ningún tipo de ayuda que les permita elaborar las ansiedades (tanto internas como externas) ni compartirlas con nadie.

Es común encontrarse con que la pareja se encuentra sometida a un tratamiento médico del cual nada sabe. Por regla general, los especialistas dedican poco tiempo a sus pacientes y no tienen ningún sistema organizado como para alertarlos acerca de la duración posible del procedimiento ni las consecuencias físicas o económicas del mismo.

Mucho menor es el manejo que puedan hacer de las emociones puestas en juego. El médico no está entrenado para comprender la dinámica inconciente de estos enfermos ni la



forma de proceder en su tratamiento.

Es por esto que los especialistas en problemas de infertilidad deberían promover y facilitar, como parte de la labor en el abordaje de esta patología, la creación de grupos interdisciplinarios que incluyesen psicoterapeutas capaces que, a la par del médico, tratasen a la pareja en cuestión.

Sin embargo, resulta esta una tarea difícil para el médico quien, acostumbrado a gozar de un lugar de padre omnipotente idealizado, tendría que ceder en sus fantasías narcisistas, aceptar el hecho de que hay un aspecto de la situación que él desconoce y está fuera de su alcance terapéutico y permitir que un tercero participe de la cura de un paciente, perdiendo así parte de esa visión todopoderosa de la que es acreedor.

Para concluir, cabe aclarar que esta investigación y la discusión de la misma, no son sino una de las múltiples aproximaciones posibles al estudio de la infertilidad y sus probables causas a nivel psíquico.

A pesar de haber hecho un basto recorrido por el diagnóstico médico, los tratamientos químicos y quirúrgicos y los distintos enfoques psicológicos que van desde lo conductual

hasta lo psicodinámico, cabe destacar que el conocimiento en este campo es aun muy precario y que lo expuesto en esta propuesta requiere de una vía de confirmación por subsecuentes estudios en esta área.

Es menester que participen estudiosos del campo de la fisiología, la endocrinología y la medicina en general, al lado de aquellos que se interesan en la vida mental de los seres humanos, sin distinción de escuelas o corrientes de pensamiento.

La elección de un abordaje psicodinámico en esta exposición se haya en función de intereses personales. Sin embargo, eso no pretende excluir ni restar validez a otros puntos de vista que, en última instancia, podrían complementar lo aquí expuesto.

Por ejemplo, una aproximación sistémica al problema podría dar cuenta de la forma en que estas parejas se vinculan y del imbricado mundo de proyecciones que pueden hacer que una pareja sea infecunda.

Asimismo, un abordaje psicodinámico con una perspectiva distinta a la kleiniana -cuya estructura teórica sirvió para modelizar este trabajo- podría percibir los hechos de una forma en extremo distinta, ensanchando el espectro de

comprensión de esta patología.

Por otro lado, los estudios a nivel conductual permiten detectar y aislar determinadas variables que, una vez consideradas como constitutivas de la enfermedad, dan pie a un nuevo abordaje explicativo por medio de aproximaciones teóricas diversas.

De esta manera, cabe concluir que es poco aún lo que se tiene entre manos para comprender a fondo el problema de la infertilidad y que su abordaje psicológico requiere de una serie de estudios confirmatorios e integrados en un sistema interdisciplinario.

## BIBLIOGRAFIA

- Abarbanel, A.R.; Bach, G. "Group Psychotherapy for the Infertile Couple." International Journal of Fertility, Vol. 4(2), 1959.
- Abse, D.W. "Psychiatric Aspects of Human Male Infertility." Fertility and Sterility, Vol. 17:133, 1966.
- Amelar, R.D. Infertility in Men. Philadelphia, P.A. Davis, 1966.
- Amelar, R.D.; Dubin L.; Walsh, P.C. Male Infertility. Philadelphia, W.B. Saunders, 1977.
- Beer, A.E.; Neaves, W.B. "Antigenic Status of Semen from the Viewpoints of the Female and Male." Fertility and Sterility, Vol. 29:3, 1978.
- Bell, J.S. "Psychological Problems Among Patients Attending an Infertility Clinic." Journal of Psychosomatic Research, Vol. 25(1):1, 1981.
- Benedek, T. "The Functions of the Sexual Apparatus and their Disturbances." En Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. Editado por F. Alexander., New York, W.W. Norton & Co., Inc. 1950.
- Benedek, T. "Infertility as a Psychosomatic Defense." Fertility and Sterility, Vol. 3(6):527, 1952.
- Benedek, T. "The Organization of the Reproductive Drive." International Journal of Psychoanalysis, Vol. 41:1, 1960.
- Benedek, T.; Ham, G.C.; Robbins, F.P.; Rubenstein, B.B. "Some Emotional Factors in Infertility." Psychosomatic Medicine, Vol. 15(5):485, 1953.
- Berger, D.M. "Psychological Assessment of the Infertile Couple." Can Fam Phys, 20:89, 1974.
- Berger, D.M. "Psychiatric and Psychological Aspects of Male Infertility." En Andrology. Editado por J.S. Bain, E.S.E. Hafez y B.N. Barwin, New York. S. Knager, 1978.
- Berger, D.M. "Impotence Following the Discovery of Azoospermia." Fertility and Sterility, Vol. 34:154, 1980(a).
- Berger, D.M. "Infertility: A Psychiatrist's Perspective." Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 23(7):551, 1980(b).
- Bierkens, F.E. "Childlessness from the Psychological Point of View." Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 39:177, 1975.
- Bos, C.; Cleghorn, R. "Psychogenic Sterility." Fertility and Sterility, Vol. 9:64, 1958.
- Bullock, J.L. "Iatrogenic Impotence in an Infertility Clinic: Illustrative Case." American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 120(4):476, 1974.

- Castro, L. Diseño Experimental sin Estadística. Usos y Recomendaciones en su Aplicación a las Ciencias de la Conducta. Editorial Trillas, México, 1976.
- Cianfrani, T. A Short History of Obstetrics and Gynecology. Springfield, Charles C. Thomas, 1960.
- Coughlan, W.G. Marriage Breakdown, Marriage and the Family in Australia. Editado por A.P. Elkin. Sydney, Angus & Robertson, 1957.
- Coutts, J.R.T.; Fleming, R.; Carswell, W.; Black, W.P.; England, P.; Craig, A.; MacNaughton, M.D. Proceedings of the Sixth Study Group of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Editado por H.S. Jacobs, Londres, 1979.
- Curtis, J.L. "A Psychiatric Study of 55 Expectant Fathers." U.S. Armed Forces Medical Journal, Vol. 6:947, 1955.
- Dawkins, S.; Taylor R. "Non-consummation of Marriage." Lancet, Vol. 2:1029, 1961.
- Debrovner, C.H.; Shubin-Stein, R. "Sexual Problems Associated with Infertility." Medical Aspects of Human Sexuality, Vol. 10:181, 1976.
- Deutsch, H. The Psychology of Women, Vol. 1, Grune & Stratton, New York, 1944.
- Deutsch, H. The Psychology of Women, Vol. 2, Grune & Stratton, New York, 1945.
- Dor, J.; Homburg, R.; Rabau, E. "An Evaluation of Etiologic Factors and Therapy in 665 Infertile Couples." Fertility and Sterility, Vol. 28:718, 1977.
- Drake, T.S.; Grunert, G.M. "A Cyclic Pattern of Sexual Dysfunction in the Infertility Investigation." Fertility and Sterility, Vol. 32:542, 1979.
- Dubin, L.; Amelar, R.D. "Etiologic Factors in 1294 Consecutive Cases of Male Infertility." Fertility and Sterility, Vol. 22:8, 1971.
- Dunbar, F.; Squier, R. "Emotional Factors in the Course of Pregnancy." Psychosomatic Medicine, Vol. 8(3), 1946.
- Eisner, B.G. "Some Psychological Differences Between Fertile and Infertile Women." Journal of Clinical Psychology, Vol. 19:391, 1963.
- Eistein, M. "Effect of Infertility on Psychosexual Function." British Medical Journal, Vol. 3:295, 1975.
- Emeraire, J.C.; Gauzere-Scaimireu, E.; Audebert, A.J.M. "Female Fertility and Donor Insemination." Fertility and Sterility, Vol. 37:90, 1982.

- Farris, E.J. Human Fertility and Problems of the Male. The Author's Press, White Plains, N.J., 1950.
- Fischer, I.C. "Psychogenic Aspects of Sterility." Fertility and Sterility, Vol. 4(6):466, 1953.
- Fogel, C.I.; Woods N.F. Health Care of Women. St. Louis, Toronto, London, The C.V. Mosby Co., 1981.
- Ford, E.S.C.; Forman, I.; Wilson, J.R.; Char, W.; Mixson, W.T.; Scholz, C. "A Psychodynamic Approach to the Study of Infertility." Fertility and Sterility, Vol. 4:456, 1956.
- Gibson, M.; Gump, D.; Ahikaga, T; Hall B. "Patterns of Adnexal Inflammatory Damage. Chlamydia, the Intra-uterine Device, and History of Pelvic Inflammatory Disease." Fertility and Sterility, Vol. 41:50, 1984.
- Gomel, V. "Current Status of Microsurgery for Infertility." En Abstracts, 2nd International Congress of Human Reproduction. Tel-Aviv, Israel:23, 1975.
- Grant, A. "Spontaneous Cure Rate of Various Infertility Factors or Post Hoc and Propier Hoc." The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 9:224, 1969.
- Gutmacher, A.F. "Early Attitudes Toward Infertility." Fertility and Sterility, Vol. 4:250, 1953.
- Hambree, W.C.; Overstreet, J.W. "Defects in Human Sperm Function in Clinical Infertility. Reduced Zona Pellucida Penetration in Vitro." En The Testis in Normal and Infertile Men. Editado por Troen P. y Nankin H.R., New York, Raven Press, 1977.
- Harrison, R.F. Proceedings of the Sixth Study Group of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Editado por H.S. Jacobs, Londres, 1979.
- Heiman, M.; Kleeqman, S.J. "Insemination: A Psychoanalytic and Infertility Study." Fertility and Sterility, Vol. 17(1):117, 1966.
- Hite, S. El informe Hite. Estudio de la sexualidad femenina. Plaza & Janes Editores, España, 1976.
- Holmes. T.H.; Rahe, R.H. "The Social Readjustment Rating Scale." Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11:213, 1967.
- Horbach, J.G.M.; Maathuis, J.B.; Van Hall, E.V. "Factors Influencing the Pregnancy Rate Following Hysterosalpingography and their Prognostic Significance." Fertility and Sterility, Vol. 24:15, 1973.
- Inslar, V.; Lunenfeld, B. "Human Gonadotropins." En Scientific Foundations of Obstetrics and Gynaecology. Willian Heinemann Medical Books, Ltd., Londres, 1977.

- Israel, S.L. Diagnosis and Treatment of Menstrual Disorders and Sterility. New York, Paul B. Hoeber, Inc., 1959.
- Izaurieta, M.L. "Parejas Infértiles: Interrelación de Factores de Personalidad. Tesis de Doctorado. U.N.A.M. Facultad de Psicología. México, 1980.
- Jacobs, J.S. Proceedings of the Sixth Study Group of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Editado por H.S. Jacobs, Londres, 1979.
- Jacobson, E. "A Case of Sterility." Psychoanalytic Quarterly, Vol. 15:330, 1946.
- Jones, W.R. "The Use of Antibodies Developed by Infertile Women to Identify Relevant Antigens." En Immunological Approaches to Fertility Control. Karolinska Symposia on Research Methods in Reproductive Endocrinology, 7th Symposium, Geneva, WHO. Editado por Diczfalusy E. y Diczfalusy A. 1974.
- Kaplan, A.A.; Rothman, D. "Psychosomatic Infertility in the Male and Female." En Modern Perspectives in Psycho-obstetrics. Editado por Howells J.C.. New York, Brunner-Mazel, 1972.
- Karahasanoglu, A.; Barglow, F.; Grove, G. "Psychological Aspects of Infertility." Journal of Reproductive Medicine, Vol. 9:241, 1972.
- Karow, A.M. "Infertility as a Social Problem. !letter?." Fertility and Sterility, Vol. 38(3):392, 1982.
- Kaufman, S.A. "Impact of Infertility on the Marital and Sexual Relationship." Fertility and Sterility, Vol. 20:380, 1969.
- Keye, W. "The Impact of Infertility on Psychosexual Function." Fertility and Sterility, Vol. 34:308, 1980.
- Keye, W.; Deneris, A. "Female Sexual Activity, Satisfaction and Function in Infertile Women." Infertility, Vol. 5(4):275, 1982-83.
- Kinsey, A.E. Sexual Behavior in the Human Female. W.B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1953.
- Klein, M. "Estadios Tempranos del Conflicto Edípico." (1928) En Contribuciones al Psicoanálisis. Paidós y Horme, Buenos Aires, Argentina.
- Klein, M. El Psicoanálisis de Niños. (1932) Paidós y Horme, Buenos Aires, Argentina.
- Klein, M. "Envidia y Gratitud." (1957) Paidós y Horme, Buenos Aires, Argentina.



- Klemer, R.H.; Rutherford, R.N.; Banks, A.L.; Coburn, W.A. "Marriage Counseling with the Infertile Couple." Fertility and Sterility, Vol. 17(1):104, 1968.
- Kolata, G.B. "Infertility: Promising New Treatments." Science, Vol. 202:200, 1978.
- Kostic, P.; Mladenovic, D. "The Influence of Frigidity on Sterility." International Journal of Fertility, Vol. 5:417, 1960.
- Kraft, A.D.; Palombo, J.; Mitchell, D.; Dean, C.; Meyers, S.; Schmidt, A.W. "The Psychological Dimensions of Infertility." American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 50:618, 1980.
- Kroger, W.S. "Evaluation of Personality Factors in the Treatment of Infertility." Fertility and Sterility, Vol. 3:542, 1952.
- Kroger, W.S. Psychosomatic Obstetrics, Gynecology and Endocrinology. Springfield, Il., Charles C. Thomas, 1962.
- Kroger W.S.; Freed, C.C. "Psychosomatic Aspects of Sterility." American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 59(4):867, 1950.
- Labandibar, B.; Benzecry, L.Y. "Frigidity and Sterility." International Journal of Fertility, Vol. 4(1):66, 1959.
- Lalos, A.; Lalos, O.; Jacobson, L.; von Schoultz, B. "Psychological Reactions to the Medical Investigation and Surgical Treatment of Infertility." Gynecologic and Obstetric Investigation, Vol. 20:209, 1985.
- Langer, M. Maternidad y Sexo. Paidós. Biblioteca de Psicología Profunda. Buenos Aires, 1951.
- Langer, M. "Sterility and Envy." International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 39:139, 1958.
- Langer, M.; Parks Ochandorena, R. "El Espasmo de las Trompas como Origen de la Esterilidad." Revista de Psicoanálisis, Vol. 10(1):140, 1953.
- León, J. "Tratado de Obstetricia" Científica Argentina, 1955.
- Levine, J.; Lloyd, C.S.; Lobotsky, I.; Friedrich, E.H. "The Effect of Epinephrine on Testosterone Production." Acta Endocrinologica, Vol. 55:184, 1967.
- Loftus, T.A. "Psychogenic Factors in Anovulatory Women: Behavioral and Psychoanalytic Aspects of Anovulatory Amenorrhea." Fertility and Sterility, Vol. 13(1):20, 1962.
- Maathuis, J.B.; Horbach, J.G.M.; Van Hall, E.V. "A Comparison of the Results of Histerosalpingography and Laparoscopy in the Diagnosis of Fallopian Tube Dysfunction." Fertility and Sterility, 23:428, 1972

- MacLeod, J. "Seminal Cytology in the Presence of Varicocele." Fertility and Sterility, Vol. 16:735, 1965.
- Mahlstedt, P.P. "The Psychological Component of Infertility." Fertility and Sterility, Vol. 43(3):335, 1985.
- Mai, F.M. "Psychiatric and Interpersonal Factors in Infertility." The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, Vol. 3:31, 1969.
- Mai, F.M. "The Diagnosis and Treatment of Psychogenic Infertility." Infertility. 1(1):109, 1978.
- Mai, F.M. "The Diagnosis and Treatment of Psychological Aspects of Infertility." En Gynecologic Endocrinology. Editado por Gold, J. y Jasimovich, J., Harper and Row, 1980.
- Mai, F.M.; Munday, R.N.; Rump, E.E. "Psychiatric Interview Comparisons Between Infertile and Fertile Couples." Psychosomatic Medicine, Vol. 34(5):431, 1972.
- Marbach, A.H.; Schinfeld, L.H. Obstetrics and Gynecology, Vol. 2:433, 1958.
- Marsh, E.M.; Vollmer, A.M. "Possible Psychogenic Aspects of Infertility." Fertility and Sterility, Vol. 2(1):70, 1951.
- Masters, W.H.; Johnson, V.E. Respuesta Sexual Humana. Inter-médica Editorial, Buenos Aires, Argentina, 1978.
- Masters, W.H.; Johnson, V.E. Incompatibilidad Sexual Humana. Inter-médica Editorial, Buenos Aires, Argentina, 1978.
- Mazor, M.D. "Barren Couples." Psychology Today, Vol. 12:101, 1979.
- McCormic, R.M. "Out of Control: One Aspect of Infertility." Journal of Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing, Vol. 2:205, 1980.
- McGrade, J.J.; Tolor, A. "The Reaction to Infertility and the Infertility Investigation: A Comparison of the Responses of Men and Women." Infertility, Vol. 4(1):7, 1981.
- Mead, M. Male and Female. Morrow & Co., New York, 1949.
- Menning, B. "The Emotional Needs of Infertile Couples." Fertility and Sterility, Vol. 34:313, 1980.
- Menning, B. "The Psychosocial Impact of Infertility." The Nursing Clinics of North America, Vol. 17(1):155, 1982.
- Moghissi, K.S. "Postcoital Test: Physiologic Basis, Technique and Interpretation." Fertility and Sterility, Vol. 27:117, 1976.
- Moghissi, K.S. "Significance and Prognostic Value of Postcoital Test." En The Uterine Cervix in Reproduction. Editado por Insler V. y Bettendorf G., Stuttgart, Georg Thieme, 1977.

- Moghissi, K. S. "Basic Work-up and Evaluation of Infertile Couples." Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol. 22(1):11, 1979.
- Moghissi, K.S.; Syner, F.N.; Borin, B. "Cyclic Changes of Cervical Mucus Enzymes Related to the Time of Ovulation. I. Alkaline phosphatase." American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 125:1044, 1974.
- Morris, T.A.; Sturgis, S.H. "Practical Aspects of Psychosomatic Sterility." Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol. 2:890, 1959.
- Mozley P.D. "Revisión Global de la infecundidad psicofisiologica." Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol. 19(2):403, 1976.
- Murphy, D.F.; Torrano, E.F. "Male Fertility in 3620 Childless Couples." Fertility and Sterility, Vol. 16(3):337, 1965.
- Nesbitt, R.E.L.; Hollender, M.; Fisher S.; Osofsky, H.J "Psychologic Correlates of the Polycystic Ovary Syndrome and Organic Infertility." Fertility and Sterility, Vol. 19(5):778, 1968.
- Noyes, R.W.; Chapnik, E.M. "Literature on Psychology and Infertility: A Critical Analysis." Fertility and Sterility, Vol. 15:543, 1964.
- Palti, Z. "Psychogenic Male Infertility." Psychosomatic Medicine, Vol. 31:326, 1969.
- Peberdy, G.; Snaith, L. "Psychogenic Infertility and Functional Reversion." International Journal of Fertility, Vol. 5: 111, 1960.
- Piotrowski, Z.A. "Psychogenic Factors in Anovulatory Women. Psychological Evaluation." Fertility and Sterility, Vol. 13(1):11, 1962.
- Platt, J.J.; Fisher, I.; Silver, M.J. "Infertile Couples: Personality Traits and Self-Ideal Concept Discrepancies." Fertility and Sterility, Vol. 24(12):972, 1973.
- Raffi, O.; Moghissi, K.S.; Syner, F.N. "Acrosin Activity of Morphologically Normal and Abnormal Sperm." Fertility and Sterility, Vol. 28:298, 1977.
- Ramirez, S. "Factores Culturales en la Esterilidad e Infertilidad." Revista Médica de la Secretaria de Marina, Vol. 7(27):219, 1960.
- Rogers, S.C. "Psychotropic Drugs and Infertility." Practitioner, Vol. 17(6):570, 1966.
- Rommer, J.J.; Rommer, C.S. "Sexual Tones in Marriage of the Sterile and Once-sterile Female." Fertility and Sterility, Vol. 9:309, 1958.
- Rosenfeld, D.L.; Mitchell, E. "Treating the Emotional Aspects of Infertility: Counseling Services in an Infertility Clinic." American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 135(2):177, 1979.

- Rubenstein, B.B. "An Emotional Factor in Infertility, a Psychosomatic Approach." Fertility and Sterility, Vol. 2(1):80. 1951.
- Rutherford, R.N. "Emotional Aspects of Infertility." Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol. 8:197, 1965.
- Rutherford, R.N.; Banks, A.L.; Coburn, W.A., Williams, J. "Psychometric Evaluation of the Infertile Couple." International Journal of Fertility, Vol. 5(2):121, 1960.
- Rutledge, A.L. "Psychommarital Evaluation and Treatment of the Infertile Couple." Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol. 22(1):255, 1979.
- Sandler, B. "Emotional Stress and Infertility." Journal of Psychosomatic Research, Vol. 12:51, 1968.
- Schellen, A. Artificial Insemination in the Human. Amsterdam, Elsevier Press, Inc., 1977
- Schiller, P. The Sex Profession. Chilmark House, 1981.
- Schiller, P.; Blake, R.; Nolan, G.H. "Sexual Behavior and Infertility." Infertility, Vol. 8(4):293, 1985.
- Seibel, M.M.; Taymor, M.L. "Emotional Aspects of Infertility." Fertility and Sterility, Vol. 37(2):137, 1982.
- Sennoussi, A.E.; Coleman, D.R.; Tauber, A.S. "Factors in Male Impotence." Journal of Psychology, Vol. 48:3. 1959.
- Settlage, D.S.F.; Motoshima, M.; Tredway, D.R. "Sperm Transport from the External Cervical Os to the Fallopian Tube in Women; A Time and Quantitation Study." Fertility and Sterility, Vol. 24:655, 1973.
- Seward, G.; Bloch, S.; Heinrich, J. "The Question of Psychophysiologic Infertility: Some Negative Answers. A Postscript." Psychosomatic Medicine, Vol. 29:151, 1967.
- Seward, G.; Wagner, P.; Heinrich, J.; Bloch, S., Myerhoff, H. "The Question of Psychophysiologic Infertility: Some Negative Answers." Psychosomatic Medicine, Vol. 27(6):533, 1965.
- Shepard, M.K.; Senturya, Y.D. "Comparison of Serum Progesterone and Endometrial Biopsy for Confirmation of Ovulation and Evaluation of Luteal Function." Fertility and Sterility, Vol. 28:541, 1977.
- Shulman, S.; Friedman, M.R. "Antibodies to Spermatozoa. V. Antibody Activity in Human Cervical Mucus." American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 122:101. 1977.
- Siegel, S. Estadística no Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta, Editorial Trillas, México, 1972.
- Siegler, S.L. Fertility in Women. London, J.B. Lippincott Company, 1944.

- Singh, J.R.; Neki, J.S. "Psychogenic Factors in some Genetic and Non-Genetic Forms of Infertility." International Journal of Gynaecology and Obstetrics, Vol. 20(2):119, 1982.
- Sloan, D. "Psychogenic Aspects of Infertility." Infertility, Vol. 5(4):319, 1982-83.
- Spielberger, C.D.; Diaz-Guerrero, R. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Editorial El Manual Moderno, México, 1975.
- Stekel, W. La Mujer Friqida. Iman, 1946.
- Sturgis, S.H.; Taylor, M.L.; Morris, T. "Routine Psychiatric Interviews in a Sterility Investigation." Fertility and Sterility, Vol. 8:521, 1957.
- Taymor, M.L.; Bresniek, E. "Emotional Stress and Infertility." Infertility, Vol. 2:39, 1979.
- Taymor, M.L., Bresnick, E. "Infertility Counseling." En Infertility. New York, Grune & Stratton, 1978.
- Tokuhata, G.K. "Smoking in Relation to Infertility and Fetal Loss." Archives of General Psychiatry, Vol. 17:353, 1968.
- Trepanier, K. "Infertile Couples: Alone in a Crowd." The Canadian Nurse, Vol. 81(6):42, 1985.
- Trounson, A.O.; Leeton, J.F.; Wood, C.; Webb, J.; Kovacs, G. "The Investigation of Idiopathic Infertility by in Vitro Fertilization." Fertility and Sterility, Vol. 34(5):431, 1980.
- Urry, R.L.; Dougherty, K.A. "Inhibition of Rat Spermatogenesis and Seminiferous Tubule Growth After Short-Term and Long-Term Administration of Monoamine Oxidase Inhibitor." Fertility and Sterility, Vol. 26:232, 1975.
- Van Dijk, J.G.; Frolich, M.; Frand, E.C.; Van Hall, E.V. "The 'Treatment' of Unexplained Infertility with Danazol." Fertility and Sterility, Vol. 31(5):783, 1979.
- Van Hall, E.V.; Trimbois-Kemper, T.C.M. "The Management of Unexplained Infertility." Infertility, Vol. 5(2):105, 1982.
- Van Zyl, J.A.; Menkveld, R.; Retief, A.E.; Van Kiekerk, W.A. "Oligozoospermia." En Human Semen and Fertility Regulation in Men. Editado por Hafez ESE, St. Louis, C.V. Mosby, 1976.
- Walker, H.E. "Sexual problems and infertility." Psychosomatics, Vol. 19(8):477, 1978.
- Wallis, C. "Stress: Can We Cope?" Time, June 6th:49, 1983.
- Weir, W.C.; Weir, D.R. "The Natural History of Infertility." Fertility and Sterility, Vol. 12(5):443, 1961.

- Weisman, A.I. "What to Do and What not to Do for the Infertile Male." International Journal of Fertility. Vol. 7:159, 1962.
- White, R.B.; David, H.K.; Cantrell, W.A. "Psychodynamics of Depression: Implications for Treatment." En Depression: Clinical, Biological and Psychological Perspectives. Editado por G. Usdin, New York, Brunner/Mazel, 1977.
- Wittkower, E.; Wilson, A.T.M. "Dysmenorrhea and Sterility: Personality Studies." British Medical Journal, Vol. 2:586, 1940.
- Woods, N.F. Human Sexuality in Health and Illness. St.Luis, Toronto: The C.V. Mosby Co., 1984.
- Zaneveld, L.J.D.; Polakoski, K.L. "Biochemistry of Human Spermatozoa." En Human Semen and Fertility Regulation in Men. Editado por Hafez ESE, St. Louis, C.V. Mosby, 1976.
- Zarate, A.; Moscona, E. "Perfil Psicológico de la Pareja Estéril y Recomendaciones para su Manejo." Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 53(336):101, 1985.
- Zygmunt, A.; Piotrowski, Ph.D. "Psychogenic Factors in Anovulatory Women." Fertility and Sterility. Vol. 13(1):11, 1962.