

Revista Cubana de Medicina General Integral

versión On-line ISSN 1561-3038

Rev Cubana Med Gen Integr v.17 n.3 Ciudad de La Habana Mayo-jun. 2001

Infertilidad y sexualidad

Ignacio González Labrador¹ y Emilia Miyar Pieiga²

Resumen

Se realizó un conjunto de reflexiones acerca de la repercusión que en parejas infértiles puede tener esta entidad nosológica, sus causas y sus múltiples tratamientos en la esfera sexual, y cómo a consecuencia de ello, pueden aparecer variadas alteraciones de la sexualidad, entre las que se pueden citar las disfunciones sexuales.

DeCS: INFERTILIDAD; SEXUALIDAD; IMPOTENCIA.

La planificación familiar se toma habitualmente por sinónimo de "control de la natalidad", pero otro aspecto importante de la planificación familiar consiste en proporcionar servicios sanitarios dirigidos al tratamiento de las parejas infértiles.

Los derechos reproductivos además del derecho básico de las parejas para decidir el número de hijos y cuándo tenerlos, permiten tener una buena salud sexual y reproductiva.¹ En estos conceptos se incluye la preocupación de las parejas que no pueden tener hijos; la fecundidad deteriorada puede ser debida a una incapacidad relativa o absoluta de concebir, lo cual afecta tanto a hombres como a mujeres en proporciones aproximadamente iguales y causa considerable sufrimiento personal y familiar.

Desarrollo

Para abordar el fenómeno correctamente es necesario un enfoque empático hacia los individuos y las parejas con problemas de infertilidad, lo que incluye un aprecio de sus costumbres culturales y sociales, la percepción que el individuo tiene de la sexualidad, la comprensión de la función reproductiva y su relación de pareja.¹ Si bien los datos sobre la prevalencia de la infertilidad no son muy exactos, pues varían de región a región, se estima que aproximadamente entre el 10 al 20 % de las parejas experimentan algún problema de infertilidad durante su vida reproductiva.

La infertilidad puede deberse a factores masculinos, a factores femeninos o una combinación de ambos. En general se debe estudiar a la pareja en conjunto, y no es prudente empezar estudios complejos y complicados hasta tanto la pareja no haya tratado de lograr un embarazo por lo menos durante 2 años sin el uso de medidas anticonceptivas.

Las causas como se dijo pueden ser masculinas o femeninas pues son igualmente comunes en ambos sexos.² Además, el descubrimiento de un factor de infertilidad en un cónyuge no elimina la necesidad de buscar más factores en el otro, ya que pueden aparecer varios factores concurrentes en una misma pareja.³ Las causas de infertilidad en una mujer pueden ser muchas: fracaso en la ovulación, recogida y transporte del óvulo imperfecto o no por las trompas de falopio, transporte defectuoso de los espermatozoides por el cuello del útero, fondo del útero y trompas de falopio, y también un fracaso en la implantación o el desarrollo precoz del embrión (desórdenes ovulatorios, oclusión tubaria, factores peritoneales, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, factores cervicales, falla de implantación).¹

La esterilidad masculina por su parte es más a menudo el resultado de una producción disminuida de espermatozoides, un fracaso en el depósito de espermatozoides durante el coito, o la incapacidad de los espermios en fecundar el ovocito² (espermo-génesis anormal, desórdenes de la función secretora de órganos accesorios, obstrucción de tracto genital masculino, función espermática anormal).¹

Las parejas deben buscar ayuda y tratamiento médico para su infertilidad y está indicada la evaluación del aparato repro-ductor y en general del organismo de ambos cónyuges. La evaluación de la infertilidad puede llegar a ser emocionalmente traumática, y convertirse en una amenaza para la imagen emocional, física y sexual de cada paciente. El enfoque que en la entrevista se dé a la esfera sexual es importante, pues se debe indagar sobre la conducta sexual, frecuencia del coito, técnicas del coito, deseo sexual, respuesta sexual, comportamiento prematrimonial y extra matrimonial, antecedentes y presencia de ETS, conocimientos sobre sexualidad (educación sexual) o sobre reproducción humana, y todo esto puede ser considerado por la pareja como amenazante, degradante e incluso inapropiado. En algunas parejas estas interrogantes sobre sexualidad, prácticas del coito, su duración, etc, pueden causar cambios en el comportamiento sexual, o producir una disfunción sexual, lo que trae aparejada la evitación del contacto sexual y todo eso ensombrece el pronóstico.²

En esta época de cirugía con microláser, factores liberadores hipotalámicos, fertilización "in vitro", etc, se ha llegado a pensar que la infertilidad es una enfermedad física solamente a la espera de la terapéutica médica o quirúrgica adecuada, pero el estudio de las parejas infértiles en ocasiones es algo largo y prolongado; por ello las parejas infértiles experimentan alteraciones emocionales importantes y su impacto puede llegar a ser peor sobre la función y satisfacción sexual. De ahí la importancia de reflexionar sobre la repercusión de la infertilidad que puede tener como causa insatisfacciones y disfunciones sexuales.

Muchos individuos infértiles sienten que están dañados o defectuosos y esto se extiende a su sentido de valor, autoestima e imagen corporal; por ello no es extraño que muchos de ellos se sientan sexualmente poco atractivos, y esto los puede llevar a una disminución del impulso sexual, con menor capacidad en la respuesta sexual y menor

disfrute de su sexualidad. En otros casos tratan de lograr restaurar su propia imagen a través de relaciones sexuales extramatrimoniales, llegando en ocasiones a ser muy promiscuos, esto último aunque no es lo más frecuente, debe tenerse en cuenta por lo perjudicial en sus relaciones vitales, y finalmente puede llegar a ser autodestructivo.²

Por momentos las parejas infértiles después de tiempo en consulta llegan a tener sentimientos de frustración y desespero, y pueden llegar a tener conductas asexuales mientras dicen entre sí que para qué preocuparse por el sexo, si no hay oportunidad de un embarazo. Es importante la orientación de estas parejas pues sólo ven y aprecian las relaciones sexuales con el fin reproductivo, y no logran el disfrute que puede brindarle la actividad sexual, lógicamente la sensación de no tener hijos cuando se desea suele producir perturbación y desconcierto, los esposos se culpan mutuamente, y la relación sexual adquiere un matiz de "trabajo" o "tarea obligatoria", más que un carácter placentero.⁴

Muchas mujeres infecundas se sienten vacías y frustradas en su condición femenina, el varón suele ser presa de angustias y depresión porque equipara su virilidad con el hecho de ser padre. Muchos hombres se muestran reacios a enfrentar el problema (o tienen miedo de que se sepa), se niegan a la realización de cualquier estudio (ej. espermograma), a asistir a consulta pues lo consideran "cosas de mujeres", y lógicamente esto hace que surjan tensiones, conflictos en el matrimonio o en la relación convivencial.

Durante el estudio y tratamiento de las parejas infértiles uno de los cónyuges puede acusar al otro de no participar por igual en el tratamiento y evaluación, y en respuesta a ello uno u otro puede ser más demandante de sexo, otras veces se niegan a mantener relaciones sexuales y pueden producirse disfunciones sexuales que complican aún más la situación.

Puede producirse eyaculación retardada en las cuales haya una falla de eyaculación intravaginal, lo cual imposibilita el embarazo. Esto puede aparecer como causa de la infertilidad o puede ser como reacción o respuesta complicada al tratamiento y/o la reacción de la pareja estéril. También podría aparecer o ya existir una eyaculación retrógrada, durante la cual el líquido seminal es enviado hacia atrás, hacia la vejiga (esta patología puede ser el resultado de diabetes mellitus, trastornos neurológicos, uso de ciertos fármacos, intervenciones quirúrgicas que afecten la inervación vesical, etcétera).

La disfunción sexual eréctil puede causar esterilidad cuando resulte imposible el coito, pues no puede lograrse nunca este o lograrse rara vez en la fase no fértil del ciclo menstrual, pero esta disfunción no constituye causa frecuente de infertilidad; cuando aparece, mayormente resulta como respuesta al tratamiento de la infertilidad,⁵ y su impacto psicológico fundamentalmente, pues son muchas las ocasiones que hay que "tener un programa de sexo", donde las relaciones sexuales se mantengan en días fijos independientemente del deseo; o hay que tomar muestras del semen, lo que inquieta y preocupa al hombre, y como respuesta surgen imposibilidades de la erección.⁵ La disfunción sexual eréctil se puede encontrar formando parte del "matrimonio no consumado", donde hay un vaginismo como sustrato, habiendo existido una imposibilidad del coito y esta disfunción forma parte de este complejo cuadro, que con adecuada ayuda puede solucionarse. Hay reportes de hasta un 5 % de parejas que consultan por infertilidad donde hay un vaginismo que no ha permitido el coito,^{2,3} en

otros casos hay una alta presencia de dispareunia que dificulta la relación sexual, lo que provoca evitación del coito. En estos casos además de inadecuación sexual, mala técnica coital, brusquedad en ellas e impericia sexual hay que buscar lesiones orgánicas perineales y otras como pueden ser úteros fijos, endometriosis, adherencias, etc.; pero siempre hay que descartar el factor sicólogo.4

La infertilidad puede ser producida por problemas de la frecuencia coital, pues si es poca su frecuencia debido a que uno de ambos cónyuges muestra poco interés en la actividad sexual lógicamente las posibilidades de concepción son escasas. Además, se afectan las posibilidades de que el coito tenga lugar durante la fase fértil del ciclo y de forma indirecta afecta la movilidad y longevidad de los espermios. Sin embargo, cuando la frecuencia está en el otro extremo (aumento de su frecuencia), el aumento promedio de eyaculación diaria tiende a disminuir el recuento espermático y hay alteraciones de la fertilidad, ejemplo de ello es cuando el esposo tiene relaciones extraconyugales, o cuando no advierte que la eyaculación por masturbación frecuente disminuye la cuenta espermática, este recuento espermático en la eyaculación frecuente tiene mayor impacto en los hombres con fertilidad marginal.5 Algunas parejas tratan de resolver el problema de su infertilidad aumentando la frecuencia de coitos a varios al día; las consecuencias se desprenden de lo anteriormente explicado.

También hay conductas sexuales que pueden alterar la fertilidad, por ejemplo, el uso de lubricantes vaginales que por su naturaleza son espermicidas pueden reducir las necesidades de fecundación, las duchas vaginales postcoitos frecuentes y el aseo vulvar postcoito tienden a cambiar el medio vaginal, lo que dificulta la supervivencia del espermatozoide. Igualmente las posiciones inadecuadas durante el coito que facilitan pérdidas de semen disminuyen el número de espermios que logran alcanzar el cuello uterino.

En resumen se podría decir que algunas parejas infértiles podrían tener dificultades en la esfera sexual debido a:

- Dispareunia (dolor durante el coito motivado en ocasiones por patologías orgánicas, en otros por una actitud no positiva ante la relación sexual).
- Enfoque del sexo orientado sólo con el fin de la reproducción.
- Relación sexual enmarcada en un "programa sexual" con cumplimiento obligatorio, sobre todo en los posibles días fértiles del ciclo.
- Mala imagen corporal y disminución del autoestima, ambivalencia afectivo-sexual, sensación de culpabilidad de los cónyuges por la infertilidad.

Entre las alteraciones de la esfera sexual que más frecuentemente se pudieran encontrar tenemos la escasa variedad en la expresión de la sexualidad, la frecuencia aumentada de las relaciones sexuales, la frecuencia reducidas de las relaciones sexuales, la disminución del deseo sexual y la anorgasmia, justificada, pues sólo se busca el fin procreativo y le restan importancia al placer, la eyaculación retardada en algunas parejas, así como también la disfunción sexual eréctil.

Conclusiones

El médico debe ser consciente de la importancia que tiene la infertilidad en la vida de una pareja, pueden prevenirse muchos problemas si se aconsejan a estas personas en lo importante de la comunicación abierta en la pareja. Es importante resaltar en la pareja el compartir la intimidad física y emocional no coital, pues las parejas infértiles son orientadas a veces tan directamente hacia el objetivo de la reproducción que terminan por eliminar cualquier otro contacto físico que no sea el coito.

Es importante tener en cuenta en el estudio y tratamiento las posibles implicaciones y complicaciones en la esfera de la sexualidad y posibles dificultades sexuales; es realmente beneficioso proporcionar una educación que deleve los mitos, prejuicios y tabúes que existen sobre la sexualidad humana.⁵

Evidentemente la infertilidad es una de las múltiples entidades ginecológicas que tienen un profundo efecto sobre el estado psicosexual de los pacientes.² Son necesarias las orientaciones médicas que ayuden a reconocer y tratar estos problemas sexuales vinculados con la sexualidad de las parejas infértiles. A menudo estamos mal preparados para cumplir estas expectativas, y no les damos el valor y la importancia que tienen en el estudio y correcto tratamiento de la infertilidad humana.

Summary

A series of reflections are made on the repercussion this nosological entity may have on infertile couples, its causes and multiple treatments in the sexual sphere and on how as a result of it different alterations of sexuality, such as sexual dysfunctions, may appear.

Subject headings: **INFERTILITY; SEXUALITY; IMPOTENCE.**

Referencias bibliográficas

1. Declaración de IMAP sobre la infertilidad. Bol Med IPPF 1995;29(1).
2. Respuesta psicosexual a la infertilidad. Clin Obstet Ginecol 1984;3:978.
3. Priest RG. Trastornos psicológicos en obstetricia y ginecología. 1987:21. (Edición Revolucionaria).
4. Master WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. 1987:167. (Edición Revolucionaria).
5. Kolodny RC, Johnson VE. Tratado de medicina sexual. 1985:309. (Edición Revolucionaria).

Recibido: 21 de junio de 1999. Aprobado: 1ro de noviembre de 1999.

Dr. Ignacio González Labrador. Calle 66-A # 2905 entre 29 y 29 A, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.

[1 Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Asistente de Ginecología de la Facultad "Finlay-Albarrán".](#)

[2 Especialista de I Grado en Pediatría. Profesora Instructora de Pediatría de la Facultad "Finlay-Albarrán".](#)