

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



**VIVENCIAS DE LA SEXUALIDAD EN PAREJAS CON
PROBLEMAS DE FERTILIDAD**

**Tesina presentada para cumplir con los requisitos finales para la obtención del
título del Máster oficial de Sexología.**

Autora: Irene Pérez de la Purificación

Tutor: Vicent Bataller i Perelló

Septiembre de 2011.

AGRADECIMIENTOS:

Quería agradecer en primer lugar esta tesina a todos los miembros de mi familia y a mi pareja que tanto me han apoyado y que han compartido siempre mi gran ilusión por dedicarme a la sexología. También quería agradecerles el haber sabido entender mi interés en este desconocido campo, el estudio del comportamiento sexual humano, cuando el resto de personas de mí alrededor no lo comprendieron.

En segundo lugar quería agradecer a mi tutor, el Dr. Vicent Bataller i Perelló, su enorme apoyo en el tema principal de mi tesina, ya que cuando la mayoría de personas no apostaban por él, a causa de su dificultad de poder encontrar una muestra para la investigación, él siempre insistió en seguir en todo momento con lo que de verdad me interesara e ilusionara.

No quería dejar de nombrar a un compañero y amigo, Álvaro Beltrán, y decirle que sin él esta tesina no hubiera sido posible y que su colaboración en la misma fue muy importante para mí, gracias.

También quería mostrar mi enorme agradecimiento al Centro de reproducción asistida *Fivia* en Torrente (Valencia) y en especial a su matrona, Mila Martínez Sala, por haber colaborado en esta investigación, haberme abierto las puertas del centro de reproducción en todo momento y por su gran interés en el estudio y la mejora de las condiciones de sus pacientes.

Por último y no menos importante, quería mencionar a todos/as mis compañeros/as del Máster de Sexología de la Universidad de Almería, donde aprendí todo lo que se y dónde conocí a unos compañeros de profesión que comparten una misma ilusión por esta ciencia. Ellos han sido siempre un apoyo a lo largo de estos dos años, y se han convertido en grandes amigos que espero se mantengan para siempre. A vosotros/as os debo parte de lo que soy y en lo que me convertiré como persona y como profesional de la sexología.

Índice:

I. Justificación.....	3
II. Marco teórico y Estado de la cuestión.....	6
II.I. Definición de infertilidad.....	6
II.II. Causas de la infertilidad y tratamientos.....	7
II.III. Factores relacionados con la infertilidad.....	10
II.IV. El impacto psicológico de la infertilidad.....	13
II.IV.I. El deseo parental.....	22
II.V. La sexualidad en las parejas con diagnóstico de infertilidad.....	24
III. Objetivos de Investigación.....	33
IV. Metodología.....	34
IV.I. Participantes.....	34
IV.II. Materiales y Variables.....	40
IV.III. Análisis de datos.....	42
IV.IV. Resultados.....	43
V. Discusión.....	57
VI. Conclusiones.....	64
VI.I. Propuestas para futuras investigaciones.....	68
VIII. Bibliografía.....	69
VIII. Anexos.....	79
VIII.I. Anexo 1: Cuestionario EVAS-M.....	79
VIII.II. Anexo 2: Cuestionario EVAS-H.....	83

I. Justificación.

Se ha dedicado mucho tiempo y esfuerzo a investigar las causas de la infertilidad y los posibles tratamientos que puedan paliar esta situación. Ser madre o padre debería ser un derecho de toda la ciudadanía y la medicina reproductiva se encarga de otorgarle dichos derechos para que la biología no discrimine a las personas por el simple hecho de poder concebir o no. La vía para el reconocimiento del derecho a la procreación se encuentra en el ordenamiento jurídico que proporciona el artículo 10 de la Constitución, por cuanto, entre los derechos inherentes a la persona se encuentra el de fundar una familia que incluye implícitamente la libertad de procrear, esencial para la perpetuación de la especie humana y que participa de la dignidad de la persona.

Los derechos reproductivos, definidos y aprobados en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, (UNFPA, 1997), además del derecho básico de las parejas para decidir el número de hijos/as y cuándo tenerlos, conforman la posibilidad responsable, autónoma y libre implicando al varón en estas decisiones. En estos conceptos se incluye la preocupación de las parejas que no pueden tener hijos/as; 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, de pareja y/o familiar.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), incluye a la infertilidad dentro de las enfermedades crónicas. Pero es evidente que posee unos matices que la diferencia del resto de padecimientos físicos: no afecta a ningún órgano del cuerpo, no tiene limitaciones físicas, no existe tampoco sintomatología de dolor, no existe una amenaza real a la propia vida y las parejas pueden elegir libremente someterse o no a tratamiento, ya que su evolución no supone peligro alguno para la supervivencia. Pero la realidad clínica nos demuestra que, a pesar de todo esto, las parejas con problemas de infertilidad, presentan reacciones emocionales y sintomáticas ante su enfermedad que han sido

incluso igualadas a las que presentan pacientes con patologías como la oncológica (Domar, Zuttermeister y Friedman, 1993).

La sexualidad es una importante dimensión en la vida de las personas, que afecta de forma considerable a su bienestar y es importante para todas, a cualquier edad y en cualquier circunstancia. Hay que reconocer que esta importante dimensión del ser humano ha sido minimizada en nuestra sociedad, quedando olvidados aspectos importantes de la atención sexológica, tanto desde el punto de vista preventivo-educativo, como clínico. La sexualidad siempre ha sido la gran olvidada en nuestra sociedad.

Me parece importante e imprescindible que se realice un esfuerzo social, promocionando la importancia de la salud sexual en la salud integral de las personas, y haciendo visibles muchos de los problemas sexuales que padece la población en silencio y que por la indiferencia política, social y universitaria, todavía hoy día se tienen dificultades para encontrar un profesional de la sexología que las solucione.

La medicina sexual ha hecho progresos impresionantes en las últimas décadas. Sin duda me parece imprescindible que los y las profesionales de la salud en el ámbito de la reproducción humana conozcan las estructuras morfoanatómicas y fisiológicas que tienen algún tipo de importancia en la sexualidad humana y tener conocimientos sobre la fisiología de la respuesta sexual, así como ser conscientes de la importancia del psiquismo en la evolución de estos conflictos.

Después de adquirir todos estos conocimientos comencé a preguntarme como sucesos tan importantes en la vida de las personas, como es la decisión de tener un hijo/a, cuando estos se ven mermados, indudablemente afectan intensamente otras áreas de nuestras vidas, como es la sexualidad.

Mi investigación pretende aportar beneficios en un futuro, a todas aquellas parejas que se someten a un acontecimiento tan estresante como es el de querer tener un hijo/a, sabiendo que se puede mejorar la calidad de su vida y la de su pareja. El objetivo principal de la presente investigación es conocer cuáles son las causas principales de que aparezca alguna clase de disfunción sexual o simplemente, saber cómo viven la

sexualidad en este periodo y como les afecta en su vida relacional y emocional, si ha habido alguna alteración significativa en estas parejas para poder integrar de forma natural la salud sexual en el ámbito de la reproducción humana.

Con esta investigación intento aportar algo de luz para poder llenar el vacío de conocimientos e investigación que se tiene respecto de la sexualidad en parejas con problemas de fertilidad.

II. Marco teórico y Estado de la cuestión.

II.I. Definición de infertilidad.

Algo tan básico como podría ser la definición de esterilidad y/o infertilidad y los conceptos que la complementan, se mantiene en una constante confusión y gran controversia por parte de los profesionales dedicados a la reproducción humana. En mi búsqueda para iniciar mi trabajo con una definición clara de lo que era una persona infértil o estéril, encontré múltiples definiciones y atendiendo a la mayoría de ellas, entiendo por infertilidad, la incapacidad para concebir tras un año de relaciones sexuales no protegidas, mientras que la esterilidad, se considera como la imposibilidad absoluta de concebir. Se considera en el ámbito científico, esterilidad primaria, cuando nunca se ha conseguido embarazo sin tratamiento; se habla de esterilidad secundaria, si tras una gestación conseguida sin tratamiento, transcurren más de 12 meses sin conseguir un nuevo embarazo. (European Society for Human Reproduction and Embryology, ESHRE, 1996).

La tecnología médica aplicada a la Reproducción Asistida se ha dedicado desde hace años a dar soluciones a los problemas de infertilidad de las parejas, teniendo como única finalidad la obtención del embarazo. Este fenómeno es bastante frecuente en las parejas, y según un estudio realizado por la O.M.S. (Rowe, Comhaire, Hargreave, Mahmoud, 2000) entre el 10 y 17 % de las parejas son estériles, ya sea con incapacidad definitiva para procrear o experimentan ciertas manifestaciones de infertilidad.

En España según los diferentes estudios consultados, se considera que entre el 10 y el 20% de las parejas son infértiles y se estima que de éstas, al menos un 60% recurrirán a los procedimientos de reproducción asistida para poder concebir un hijo. (González, 2000).

II.II. Causas de la infertilidad y tratamientos.

La infertilidad puede ser de causa femenina, masculina o mixta cuando afecta a los dos miembros de la pareja. Las causas pueden ser absolutas o relativas, y en este último caso, la fertilidad dependerá del otro miembro de la pareja. No siempre hay una única causa de infertilidad o esterilidad, encontrándose dos o más causas en casi un 30% de los casos. (National Collaborating Centre for Women's and Children Health. Fertility, 2004).

Las causas de la infertilidad en la mujer más comunes pueden ser por: causas cervicales (causas anatómicas, moco cervical hostil, etc.), causas tubáricas (causas morfológicas de la trompa, su permeabilidad, el estado del hiato tuboovárico) y peritoneales o causas ováricas (los defectos en la fase lútea, desórdenes ovulatorios, etc.), y causas hormonales (hiperprolactinemia, hiperandrogenia, trastornos de la función tiroidea, etc.).

La infertilidad de origen masculino puede ser causada por: factores anatómicos (el varicocele, síndrome de Young, anomalías congénitas, etc.), factores endocrinos (deficiencias gonadotrópicas, tumor en la hipófisis, deficiencias en los receptores androgénicos, etc.), factores genéticos (Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Down, Translocación autosómica, etc.), factores inflamatorios (Orquitis, epididimitis, prostatitis, etc.), factores inmunológicos (sistémicos o locales), disfunción sexual (impotencia sexual, eyaculación retrógrada, lubricantes espermicidas) y factores exógenos (medicamentos, alcohol, traumas, etc.). (National Collaborating Centre for Women's and Children Health. Fertility, 2004).

En relación a los tratamientos, la inseminación artificial conyugal consiste en el depósito instrumental de semen del cónyuge, procesado en el laboratorio con técnicas encaminadas a mejorar su calidad, en el aparato genital femenino, preferentemente en la cavidad uterina (Consenso IFFS, 1998). Esta se aconseja cuando:

- La Esterilidad es de origen masculino (leve-moderada): siempre que el REM sea al menos $>6 \times 10^6/\text{ml}$ y no exista una alteración severa en la morfología.
- Teniendo una incapacidad de depositar semen en la vagina (impotencia psicógena u orgánica, hipospadias severas, eyaculación retrógrada y disfunción vaginal). En las patologías psicógenas se realizaran inseminaciones tras el fracaso de la terapia psicológica.
- La Esterilidad es de origen femenino: disfunción ovárica, factor uterino, factor cervical, endometriosis leve (grado I-II).
- La Esterilidad es de origen desconocido. Existe evidencia suficiente para señalar que cuanto mayor sea el intervalo de años de esta esterilidad, la probabilidad de gestación disminuye significativamente. (Calatayud, Ruiz, Castellví, Báez, Matallin, Pellicer, 1990).

La fecundación in vitro (FIV) consiste en obtener embriones, utilizando técnicas de laboratorio, que ponen en contacto los espermatozoides con los óvulos para después hacer una transferencia al útero de la mujer.

Toda mujer que se incorpore a un programa de fecundación invitro deberá haber pasado por un estudio exhaustivo de fertilidad que permita ajustar la indicación de la técnica (ya comentado en apartados previos), un despistaje de enfermedades infecciosas que podrían repercutir en la futura gestación y un consentimiento informado que deberá firmar tras comprensión del procedimiento al que va a someterse.

El fracaso de la inseminación artificial ocurre en aproximadamente en un 30-40% de las parejas que han sido sometidas a dicha técnica. En algunos centros el número máximo óptimo de ciclos a realizar es de 4 y en otros 6. Lo que sí parece claro es que no hay

ninguna indicación para realizar más de 6 ciclos de inseminación. (Ruiz, Remohi, Minguez, Guanes, Simon, Pellicer, 1997).

Los dos motivos más frecuentes para indicar una FIV son por un factor femenino, y lo constituyen el factor tubárico y la endometriosis. En los casos de factor masculino leve o moderado, la valoración de la morfología de las células germinales masculinas (espermatozoides) es determinante como factor del pronóstico de fecundación con FIV, siendo la tasa de éxito bastante buena (Elizur, Levron, Seidman, Kees, Levran, Dor, 2004). El problema de la FIV convencional en el factor masculino es que sus resultados están influidos por la calidad del semen, y las probabilidades de éxito son prácticamente nulas en el caso de factor masculino grave. (Ombelet, Fourie, Vandeput, Bosmans, Cox, Janssen, Kruger, 1994)

Uno de los factores a tener en cuenta a la hora de aconsejar y tratar a las parejas con fallos en los ciclos previos de reproducción asistida, así como de valorar la efectividad de los próximos tratamientos con técnicas invitro, es el número de ciclos que se han realizado previamente. Así, las tasas de embarazo y de recién nacido vivo disminuyen conforme aumenta el número de ciclos realizados (Templeton, Morris, Parslow, 1996).

El fallo de fecundación in vitro tras el proceso de inseminación convencional (FIV) o microinyección de espermatozoides (ICSI), es un fenómeno que ocurre entre un 11% y 15% de los ciclos FIV con inseminación convencional (Khamsi, Yavas, Roberge, Wong, Laccana, Endman, 2001) y en un 3% tras ICSI. Sus consecuencias son problemáticas para la pareja afectada.

II.III. Factores relacionados con la infertilidad.

En los últimos años, ha aumentado la proporción de parejas que acuden a los servicios de esterilidad. Se apuntan *tres motivos clave*: la postergación del embarazo a edades superiores a los 35 años por parte de la mujer, con el consecuente envejecimiento de sus gametos, la disminución de la calidad seminal de los hombres y la difusión mediática de las posibilidades ofrecidas por las TRA (cualquier tratamiento que esté dirigido a mejorar las posibilidades de embarazo de las mujeres y los hombres que se enfrentan a una reducción de su fertilidad).

Hay que tener en cuenta que las pacientes con problemas de fertilidad, no son un grupo homogéneo y existen numerosas variables personales y médicas que inciden en el impacto y las consecuencias de la infertilidad. Además de las alteraciones estrictamente médicas padecidas por el hombre y la mujer, que inciden directa o indirectamente en el aumento de la infertilidad o en los problemas de concepción, entre dichos factores cabe señalar las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.), el consumo elevado de alcohol, tabaco y drogas, algunos medicamentos, los trastornos de la alimentación, el estrés y la ansiedad, así como otros relacionados con los métodos anticonceptivos utilizados (p.e. utilización de dispositivos intrauterinos (D.I.U.)), el acceso de la mujer al mercado laboral y la edad avanzada a la que se desea tener hijos/as pueden ser algunos de estos factores. (Antequera, Moreno, Jenaro, Ávila, 2008).

Podemos destacar en este sentido, las variables sociodemográficas, que determinan la existencia de diferencias en función de:

a) El género: las mujeres encuentran mayores dificultades para aceptar y acomodarse a la idea de que una pareja sin hijos/as constituye una familia y presentan más ideas obsesivas sobre la gestación y la concepción de un hijo/a, con una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

b) La edad. En el ámbito de la reproducción asistida el tiempo, o mejor dicho, su transcurso, se convierte en un potente estresor: las parejas son conscientes de que

conforme se incrementa la edad, la fertilidad biológica disminuye y, por consiguiente, el devenir del tiempo y la mayor edad incrementa sus niveles de estrés (especialmente de la mujer) (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008).

c) La presencia de otros hijos/as se convierte en un amortiguador de las reacciones emocionales consecuentes al diagnóstico de infertilidad. Esto no significa que las parejas con hijos/as con dificultades para conseguir una nueva gestación, no experimenten también reacciones negativas, con mayor intensidad si alguno de ellos no es el padre o la madre biológica.

Otro grupo de factores que inciden en el impacto de la infertilidad, están constituidos por las características y la naturaleza de la enfermedad y del proceso de tratamiento. El tipo de infertilidad modula el impacto emocional que experimentan las parejas en el momento del diagnóstico, con notables diferencias en función del sexo: los hombres muestran mayor afectación cuando el diagnóstico que se establece es de causa masculina mientras que las reacciones femeninas no dependen tanto de la etiología de la enfermedad (Dhillon, Cumming y Cumming, 2000; Nachtigall, Becker y Wozny, 1992).

Otra variable que se ha estudiado es la que hace referencia al número de intentos de FIV. Berg y Wilson (1991), encontraron un incremento del estrés emocional después del tercer año de tratamiento de la infertilidad. Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer y Kraaimaat (2005), concluyeron que después del primer intento fallido, el nivel de estrés de las mujeres se incrementa, pudiendo representar un factor de riesgo para la manifestación de un cuadro depresivo. También Guerra, Llobera, Veiga y Barri (1998), exponen que el número de intentos de FIV pueden estar relacionados con la depresión y la ansiedad.

Una de cada seis parejas que desean tener descendencia no lo consiguen durante el primer año de intentarlo. Factores como la oligoastenoteratozoospermia severa en el varón o bien factores de la mujer como la mala permeabilidad de las trompas de Falopio o la endometriosis, están en la base de la infertilidad y la esterilidad humana, por lo que se recomienda el estudio paralelo tanto del hombre (por los profesionales de Urología-Andrología) como de la mujer (por los profesionales de la ginecología).

Tanto para hombres como para mujeres, el diagnóstico de infertilidad idiopática, con sus elevadas tasas de incertidumbre, genera un impacto cualitativamente diferente a los restantes diagnósticos de infertilidad. El tiempo que la pareja lleva implicada en el proceso de diagnóstico y tratamiento también se relaciona con los niveles de frustración y tensión que sufre la pareja (Moreno-Rosset et al., 2008) así como con la modificación de los recursos adaptativos.

Se piensa que cuanto mayor es el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, más probable es que la pareja haya comenzado o experimentado ya la aplicación de varios ciclos de tratamientos, cada uno de los cuales representa un nuevo estresor, en que la pareja vivencia la esperanza de conseguir su deseo y las emociones negativas por no lograrlo.

II.IV. El Impacto psicológico de la infertilidad.

Hoy en día se mantiene todavía una visión reduccionista de la sexualidad, restringiéndola a la genitalidad, al coito heterosexual y a la etapa de capacidad reproductiva, obviándose la sensualidad, la comunicación interpersonal y la expresión afectiva de sentimientos que es inherente a ella. Parece obvio que sin reproducción, ninguna especie, incluida la nuestra, puede pervivir a lo largo del tiempo; se trata pues de una primera y muy básica función de todos los seres vivos. Sin embargo, más allá de esta necesidad biológica, la reproducción implica todo un entramado de factores culturales, sociales y psicológicos que la convierten en una parcela de la vida que ocupa importantes cantidades de tiempo y esfuerzo a distintos niveles, desde la necesidad de ajustar el crecimiento de la población, a los recursos naturales disponibles, hasta la dificultad, en ciertos casos, para lograr con éxito reproducirse. (Moreno, Barrio, López, Cantón, Claramunt, Grossmann, Pons, San Juan, Terrasa, 2000).

La tradición judeo-cristiana en la que se asienta nuestra cultura ha considerado siempre que la única actividad sexual legítima es la orientada a la procreación. En nuestra cultura se han cometido dos grandes errores: por un lado, negar el derecho al placer y por otro, obligar en cierta medida a tener hijos/as. La sexualidad aparece escindida de los afectos: el amor, como virtud y el placer, como vicio. (Moreno et al., 2000).

Cuando alguien desea tener un hijo/a, el que se muestre la incapacidad de lograrlo por el coito vaginal, siendo este el método que la especie humana ha seguido a lo largo de su existencia, en el momento de la vida que uno quiere, produce una sorpresa y una cierta frustración en la pareja. La sorpresa proviene de una situación inesperada, puesto que existe la creencia arraigada de que, la procreación debe ser un proceso totalmente voluntario, que cualquier persona puede obtener con la sola condición de tener relaciones sexuales coitales vaginales. Además, esta creencia se ha visto fortalecida indirectamente por el hecho de que las sociedades desarrollan grandes esfuerzos en relación con el control de los embarazos no deseados, que deja la idea de que el embarazo ocurrirá si no se ponen barreras que lo impidan.

Un punto en el que parece que los/las investigadores/as de este tema han llegado a un consenso es que, las consecuencias claras del impacto psicológico de la infertilidad en el descubrimiento de la infertilidad puede suponer una crisis importante en la vida de las personas implicadas (Van Balen, Trimbos-Kemper, 1993).

En los últimos años ha incrementado el interés por el estudio del impacto psicológico que tiene, tanto para la pareja como para cada uno de sus miembros, el diagnóstico de infertilidad, (Antequera et al., 2008; Bayo-Borràs, Cànovas, Sentís, 2005; Jordan y Revenson, 1999; Moreno-Rosset, 2009). La infertilidad se ha descrito como una crisis vital; el carácter del ciclo menstrual, la esperanza de un embarazo a su inicio y de desesperanza cuando llega la menstruación, convierte la infertilidad en una situación estresante, (Llavona, 2008). Monat, Averill y Lazarus (1972), señalan que cuando el individuo conoce la temporalidad del fenómeno estresante, comienza por vivenciar poca tensión, pero posteriormente con los intentos fallidos ésta se incrementa.

Roa (2002), a través de sus investigaciones ha descrito que “las personas que se someten a Tratamientos de Reproducción Asistida presentan niveles de estrés, ansiedad y depresión más altos, su equilibrio emocional se altera, y su calidad de vida disminuye. Así mismo el nivel de ajuste o estabilidad de la pareja puede modular los niveles de estrés y una mejor integración en los Tratamientos de Reproducción”.

Parece ser que el diagnóstico de la infertilidad es un factor importante en la evaluación de las diferencias sobre la infertilidad y la satisfacción marital y sexual entre el hombre y la mujer. En general, las mujeres con infertilidad expresan menor satisfacción marital y sexual que sus maridos. (Lee, Sun, Chao, 2001).

Domar (1997), señala que las mujeres con problemas de fertilidad informan de estrés de numerosas fuentes:

1. El proceso de diagnóstico, que tienen generalmente carácter invasivo y produce una gran dosis de incertidumbre.
2. El tratamiento en sí mismo, que implica numerosas ecografías vaginales, recogidas de muestras de sangre, medicación, etc. El tratamiento casi siempre es soportado por la mujer, aunque la causa de la infertilidad sea del varón.
3. Los fallos del tratamiento, son una fuente de estrés por excelencia en este tipo de problemas. Tanto hombres como mujeres muestran un aumento significativo de los síntomas de ansiedad y depresión después de un tratamiento fallido de fertilización in vitro (FIV), siendo los efectos más pronunciados en las mujeres. (Newton, Hearn y Yuzpe, 1990).
4. Las relaciones con la pareja (sexuales y personales) se ven afectadas, como consecuencia de los problemas de fertilidad, pero, a su vez, estas relaciones deterioradas son una fuente de estrés adicional.
5. El impacto financiero del tratamiento, es una fuente de estrés que raramente es tenida en cuenta.
6. Las relaciones con amigos/as, familiares o compañeros/as de trabajo que sí tienen hijos/as, son también fuente de estrés al provocar reacciones de envidia o culpa.
7. En muchas mujeres se producen interferencias con los planes de trabajo, ya que tienen que faltar a trabajar debido al tratamiento. Otras pierden oportunidades de promoción y se decantan por un trabajo menos atractivo pero más flexible. Todos estos cambios de planes laborales son otra fuente de estrés.
8. El apoyo inadecuado, también puede generar estrés. La mayoría de las mujeres reciben consejos de sus familiares y amigos/as, de tipo “tienes que relajarte”, “no pienses sobre ello”, que pone la responsabilidad de la ausencia del embarazo en la mujer, dándose un caso claro de culpabilización de la víctima.

Estudios sobre la infertilidad y el impacto psicosocial en los hombres representa un campo reciente de interés en la investigación, ya que por diversas razones las mujeres han sido la población diana de las investigaciones en este campo. A pesar de ello existen algunos estudios que relacionan de forma directa el estrés psicológico con la infertilidad masculina.

Respecto a los hombres, Kedem, Mikulincer, Nathanson y Bartoov, realizaron un estudio comparativo entre hombres fértiles y no fértiles donde se vio que los hombres infértiles, tenían una baja autoestima, una ansiedad mayor y mostraron más síntomas somáticos que los hombres fértiles. Los efectos de algunas variables importantes en el funcionamiento psicológico de los hombres no fértiles fueron analizados. Los resultados fueron que la causa de la infertilidad, los sentimientos de desesperanza y la atribución causal estaban relacionados con la insuficiencia sexual. La depresión fue exclusivamente relacionada con el estrés de la infertilidad. (Kedem, Mikulincer, Bartoov, Nathanson, 1990).

Otro estudio, ofrece la evidencia más clara hasta la fecha de que la angustia debido a la infertilidad es un factor de riesgo significativo para la disminución de la calidad del esperma. (Pook, Tuschen-Caffier, Krause, 2004).

En muchos casos, la reproducción se contempla estrechamente asociada a valores y actitudes sobre la vida en pareja, así como el papel que en esta juega la maternidad/paternidad. Cuando se presenta la posible situación de reproducción, se van a percibir o anticipar una serie de cambios en el estilo de vida (hábitos de ocio, sexuales, intimidad...) que sin duda generan determinadas actitudes, anticipando los posibles cambios de rol implicados en pasar de mujer/hombre a madre/padre, otorgándoles un valor positivo o negativo. Es probable la aparición de sentimientos de culpa y cabría añadir el efecto emocional y potencialmente desmotivador que comporta la pérdida de espontaneidad sexual, obligada en determinados tipos de tratamiento de la infertilidad, así como las dudas y/o temores más o menos infundados que pueden aparecer cuando se enfrentan a una pérdida de la identidad genética de la descendencia. (Moreno et al., 2000).

Los problemas de fertilidad tienen una gran importancia tanto en el ámbito familiar como en el social. Muchas parejas muestran una fuerte ambivalencia entre ansiedad y depresión, y su esfuerzo por tener un/a hijo/a acaban convirtiendo al sexo en un tema de tensión emocional dando lugar a frecuentes disputas y rupturas dentro del núcleo familiar.

Hay cuantiosas evidencias sobre el impacto psicológico de la infertilidad y de los tratamientos asociados a ella y de que la calidad de vida de parejas infértiles es inferior a la de las parejas fértiles (Moreno-Rosset, 2000; Robinson y Stewart, 1996; Rosentahl y Goldfarb, 1997).

La mayoría de los profesionales de las ciencias de la salud que trabajan en este campo conciben la infertilidad como, un evento en general adverso y estresante, siendo para algunas parejas, una experiencia devastadora que puede traer consigo algunos problemas emocionales que pueden interferir para conseguir el objetivo del tratamiento, el embarazo.

Un diagnóstico de infertilidad, según Domínguez, Mackena y Pacheco, (2001) “constituye una experiencia emocional de gran intensidad que pone a prueba los recursos psicológicos de la mujer para enfrentar los sentimientos que se suceden en los distintos momentos del tratamiento”.

Existe consenso en considerar que, la dificultad para tener hijos/as, cuando existe el deseo de tenerlos, supone una de las situaciones más difíciles a las que tiene que hacer frente la pareja a lo largo de su historia personal y que afecta no sólo a la identidad personal de cada uno de los miembros sino también al proyecto vital de la pareja (Llavona y Mora, 2003; Moreno-Rosset, 2000).

En numerosos estudios se evidencia que mayores niveles de estrés, con independencia de que el estrés fuera de intentar resolver un problema de fertilidad o algún otro problema, fueron relacionados con un mal funcionamiento de la pareja y con la disminución de la calidad de vida para ésta. Para los hombres, la afectación del vínculo con sus parejas no

depende de la fuente de la tensión. Para las mujeres, sin embargo, el modelo causal sugiere que la infertilidad y el estrés que esta provoca, tiene un mayor impacto negativo en el sentido de la identidad sexual y la autoeficacia, que el estrés proveniente de otros problemas actuales. El estrés de cualquier fuente tiene más impacto en las vidas de las mujeres que de los hombres, afectando más a la satisfacción con una misma y al bienestar general que a la satisfacción con la pareja o la salud. La calidad de vida se ve afectada en su mayoría indirectamente a través de su impacto en los factores de satisfacción con la pareja. (Andrews, Abbey, Halman, 1992).

El tiempo que la pareja lleva implicada en el proceso de diagnóstico y tratamiento se relaciona con los niveles de frustración y tensión, (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008), así como con la modificación de los recursos adaptativos.

Lógicamente cuanto mayor es el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, más probable es que la pareja haya comenzado o experimentado ya la aplicación de varios ciclos de tratamientos, cada uno de los cuales representa un nuevo estresor, en el que la pareja vivencia la esperanza de conseguir su deseo y las emociones negativas por no lograrlo. En función de ello, van modificando sus expectativas y sus recursos de afrontamiento. Concretamente, en el proceso de tratamiento FIV se distinguen tres momentos psicológicamente significativos en los que pueden activarse los niveles de estrés y distintas respuestas emocionales. Estos momentos coinciden con la puesta en marcha del tratamiento, la transferencia de embriones y el resultado de la prueba de embarazo.

Sin duda la confrontación con la idea de que no es posible tener un/a hijo/a biológico resulta la más disruptora y ansiógena de todo el proceso, incluido el malestar que se deriva de los tratamientos. Los tratamientos se convierten así, en un complemento del propio sujeto, que incrementa su capacidad reproductiva y compensa su sentimiento de “inferioridad del órgano” (Ardenti, 1999).

Las personas en esta situación se ven enfrentadas, en muchas ocasiones, a una crisis que genera sentimientos de angustia, pérdida y frustración importantes. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que la infertilidad puede dar lugar a alteraciones psicológicas

tales como la ansiedad elevada, depresión, baja autoestima, estrés, ira, sentimientos de culpa y pérdida de control de la propia vida (Gerrity, 2001; Guerra, 1998; Moreno-Rosset, 2000; McQuillan, Greil, White y Jacob, 2003). Otros estudios han concluido que la infertilidad afecta a la calidad de vida de las parejas, siendo menor que la satisfacción experimentada por aquellos que no padecen este problema, (Schanz, Baeckert Sifeddine, Braeulich, Collins, Batra, Gebert, Hautzinger y Fierlbeck, 2005; Van der Akker, 2005).

Con *respecto a la relación de pareja*, también se ha constatado que la infertilidad puede ocasionar dificultades en la relación marital, tanto en el ámbito afectivo como en el de la comunicación, la relación sexual o incluso de la afiliación (Leiblum, 1997; Olivius, Friden, Borg y Bergh, 2004). En esta línea, Burns y Covington (1999), encontraron que la infertilidad alteraba la comunicación, hacía que disminuyera el interés por la pareja, empobrecía la relación sexual y podía provocar que los miembros de la pareja se replantearan seguir juntos.

Los estudios muestran que los hombres y mujeres en las parejas que perciben los mismos niveles de estrés en la infertilidad tienen mayores niveles de satisfacción marital, en comparación con las parejas en que cada uno de ellos percibe el estrés de forma diferente. Las mujeres en las que la pareja sentía la misma necesidad de ser padre que ellas, reportaron niveles significativamente más elevados de satisfacción marital, en comparación con las mujeres en que la pareja no mostraba una necesidad de la paternidad. Estos resultados apoyan la teoría de que los altos niveles de acuerdo entre los miembros de la pareja están relacionados con el nivel de estrés y como ayudará a gestionar con éxito el impacto de estos acontecimientos vitales estresantes. (Peterson, Newton y Rosen, 2003).

Un modelo causal elaborado por Andrews, Abbey y Halman (1991), sugiere que el estrés en la situación de infertilidad tiene efectos directos que aumentan los conflictos conyugales y produce, una disminución de la autoestima sexual, la satisfacción con el desempeño sexual propio y la frecuencia de relaciones sexuales. Además, el estrés en la infertilidad, tiene efectos tanto directos como indirectos sobre la percepción de la autoeficacia, en la estabilidad de la pareja, la intimidad de la misma y la salud. Los efectos

negativos sobre la calidad de vida, son más fuertes para las mujeres que para los hombres (aunque no en todos los estudios se confirma esto).

La infertilidad, es frecuentemente percibida por la pareja como una carga emocional enorme y el asesoramiento sexual puede ser útil como parte de la evaluación inicial de la infertilidad, como una medida coadyuvante en el tratamiento, o una medida final para ayudar a las parejas a lidiar con la aceptación de su problema de infertilidad. A pesar que la evidencia estadística es abrumadora en contra de la relación de adopción y la posible concepción posterior, parece que un pequeño porcentaje de pacientes logran el embarazo después de la adopción. Posiblemente esto se podría explicar por una reducción del estrés y, posteriormente, por las alteraciones en las características neuroendocrinológicas de la pareja infértil después del periodo de estrés. (Seibel, Taymor, 1982).

Estas hipótesis se ven abaladas por investigaciones del origen fisiológico del estrés y como éste interfiere en los mecanismos de la concepción embrionaria. Se ha demostrado que los altos niveles de estrés que manifiestan estas parejas, afectan al funcionamiento general de sus vidas, incluyendo sus relaciones sexuales, este efecto tiene su explicación en los procesos biológicos del estrés. Se sabe que el hipotálamo y sus comunicaciones neuroendocrinas controlan la secreción de hormonas hipofisarias que representan la base neuroendocrina de la reproducción.

En la actualidad se han identificado varias clases de mensajeros químicos putativos que intervienen: como las monoaminas, aminoácidos, neuropéptidos, factores de crecimiento y oncogenes. Recientemente se ha visto que la Urocortina, un nuevo miembro de la familia de los péptidos de CRF, se une selectivamente al receptor de CRF de tipo 2 y ejerce, una acción estimuladora potente sobre la secreción de ACTH y un efecto inhibitor sobre la liberación de LH, lo que brinda un nexo bastante claro entre la disfunción reproductiva y el estrés. (Dobson, Smith, 2000).

Después de salir de la fertilización in vitro (FIV), tanto las mujeres que han quedado fecundadas como las no fecundadas, son generalmente olvidadas y no es posible realizarles un seguimiento posterior. Con el fin de evaluar la satisfacción de vida en general, así como el ajuste marital y sexual después de la finalización del tratamiento de infertilidad, Leiblum, Aviv y Hamer (1998), realizaron un seguimiento a todas las mujeres que habían completado un mínimo de tres ciclos de FIV, entre los años 1982 y 1993 y fueron invitadas a participar en una "vida después de la infertilidad" en un estudio de seguimiento. Se les envió un cuestionario que incluía preguntas sobre su historia reproductiva y el tratamiento de la infertilidad, el impacto de la infertilidad en su relación de pareja y sexuales y sus reflexiones finales sobre el tratamiento. Los resultados revelaron que las mujeres que fueron madres biológicas a través de fertilización in vitro estuvieron significativamente más satisfechas con sus vidas que las mujeres que no tuvieron éxito en la FIV y no consiguieron tener hijos/as ($P < 0,001$). Las mujeres sin hijos/as informaron que la infertilidad había ejercido un impacto significativamente negativo en sus matrimonios mayor que los presentados por los otros grupos. No hubo diferencias significativas, sin embargo, entre los grupos en las medidas de satisfacción sexual.

II.IV.I. El deseo parental.

También se debería considerar dentro de la esfera psicológica las representaciones que se tienen respecto a la parentalidad (maternidad/paternidad) y, más aún, las concepciones que se dan al papel de la paternidad y la maternidad en nuestra cultura. Comprender el papel que la maternidad ha desempeñado en la configuración de los deseos femeninos en las sociedades contemporáneas obliga a interrogarse sobre ella. Se trata de entenderla no como una función natural que se ejerce de manera universal e instintiva, sino como una construcción imaginaria e histórica, en la que se articulan el orden simbólico y la configuración de la subjetividad individual, de modo que las formas en que se han definido y organizado socialmente las prácticas de cuidado de los hijos/as, sus connotaciones culturales y los grados de identificación que las mujeres han asociado a esa experiencia difieren sustancialmente en el tiempo y el espacio. (Tubert, 1996).

Una pareja la componen dos seres humanos, sociales por naturaleza, con un proyecto de vida común y tener hijos/as suele ser el objetivo más corriente entre las parejas.

Para Laplanche (1987), el deseo parental es producto, de un largo proceso que se gesta en la infancia, y está directamente relacionado con el desarrollo psicosexual de la niña o niño y está determinado por los procesos identificatorios con ambos padres, que incluyen las identificaciones de género, procesos identificatorios del niño/a con los padres, resultante a su vez de la implantación en la mente del hijo/a de mensajes inconscientes relativos a la masculinidad/feminidad y que incluyen las representaciones sobre la maternidad o la paternidad. La ausencia del embarazo deseado se convierte en padecer para aquellos sujetos que la experimentan debido a las representaciones sociales existentes en relación con el status femenino y masculino, en donde la procreación es parte de los papeles sociales y culturales esperados.

La maternidad es un proceso multideterminado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Es un hecho social. El deseo de un/a hijo/a no es algo innato y persistente en todos los seres humanos, los factores sociales inciden en las motivaciones individuales. Es una experiencia individual enraizada con lo biológico y lo psíquico, su

acontecer va enmarcado en los valores, deseos, prescripciones, prohibiciones... que conforman lo que se ha dado en llamar el “ideal maternal” (Yago, Segura, Irazábal, 1997).

El ideal femenino, el ideal maternal, en cierto modo es un patrón modelador de la identidad femenina, se expresa problemáticamente en la mujer con mucha más fuerza. Desde los sentimientos de inadecuación y vergüenza si no se han cumplido los cánones de la feminidad (familia e hijos/as), a los problemas de sufrimiento y dependencia y a las dificultades de las mujeres que sustentan un modelo moderno, que en su lucha reivindicativa dejan de reconocer la propia necesidad de dependencia afectiva.

II.V. La sexualidad en las parejas con diagnóstico de infertilidad.

La vida sexual es una de las áreas más afectadas en la relación de pareja, suele empeorar significativamente como consecuencia de la infertilidad haciendo que, muchas veces, disminuya la calidad y frecuencia de las relaciones sexuales. Algunos 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/as se sientan sexualmente poco atractivos/as, y esto los puede llevar a una disminución del deseo sexual, con menor capacidad en la respuesta sexual y menor disfrute de sus prácticas sexuales

La evaluación de la infertilidad puede llegar a ser emocionalmente traumática, y convertirse en una amenaza para la imagen corporal, emocional, física y sexual de cada persona que consulta. El enfoque que en la entrevista médica se realice en el centro de fertilidad y que se le dé a la esfera sexual es importante, pues se debe explorar la historia psicosexual que incluye datos acerca de la conducta sexual, frecuencia del coito, técnicas del coito vaginal, deseo sexual, respuesta sexual, comportamiento prematrimonial y extra matrimonial, antecedentes sexuales, presencia de ITS, conocimientos sobre sexualidad (educación sexual) o sobre reproducción humana.

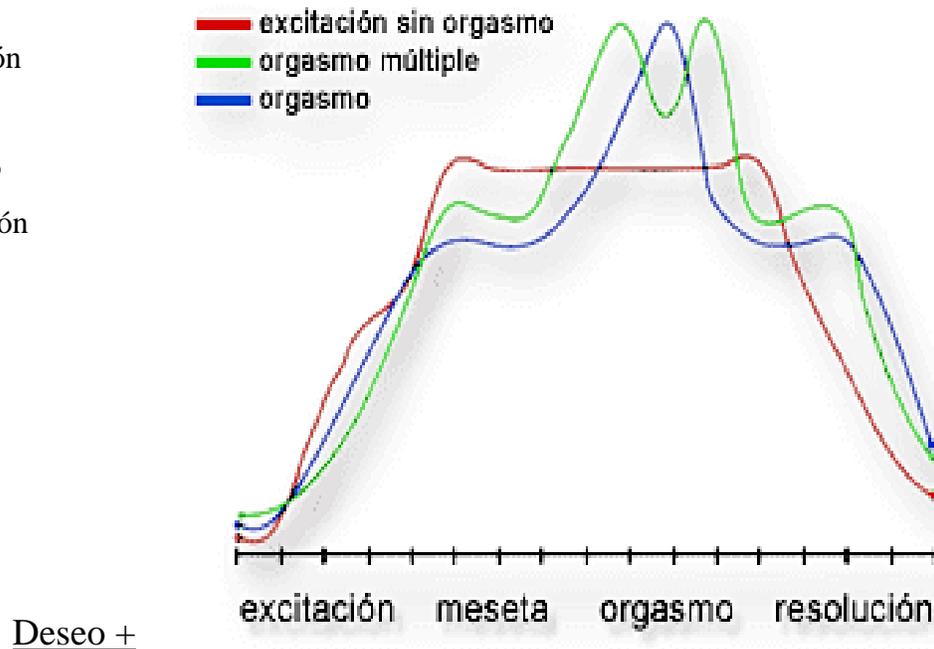
Hay que ser consciente que toda información sexual puede ser considerada por la pareja como amenazante, o incluso como inapropiado. En algunas parejas estos interrogantes sobre sexualidad, prácticas del coito, su duración, etc., pueden causar cambios en el comportamiento sexual, o producir una disfunción sexual, lo que trae aparejada la evitación del contacto sexual y afectando todo esto al posterior tratamiento y a la relación de pareja.

Las disfunciones sexuales pueden afectar a las diferentes etapas de la respuesta sexual tanto en las mujeres como en los hombres. Estas cuatro etapas son, según el modelo clásico de Masters y Johnson: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Algún fallo en

alguna de estas etapas es considerado como una disfunción sexual. En esta repuesta clásica hay que incorporar la aportación que H. Singer Kaplan, hizo a la misma incorporando el factor principal de la misma que es el deseo.

CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA según Masters y Johnson y Kaplan

1. Deseo
2. Excitación
3. Meseta
4. Orgasmo
5. Resolución



Las causas de las disfunciones sexuales pueden ser variadas y múltiples. Los estados depresivos son recurrentes y presentes, igual que las discusiones de parejas y las frustraciones repetidas en las parejas con problemas de fertilidad como hemos visto anteriormente. Por ejemplo si una sola vez ha habido una disfunción eréctil, el varón suele sentir ansiedad anticipatoria y es fácil que se repita, entrando en un círculo de autoobservación o “rol del espectador” del que es costoso salir. (Lucas, Cabello, 2007).

Dentro de las disfunciones más frecuentes: Unas son causa evidente de infertilidad y otras son consecuencia de “sentirse infértil o estéril”.

Algunas disfunciones sexuales y/o síntomas sexuales que se pueden presentarse en la pareja y ser a su vez causa de infertilidad son:

PROBLEMAS MASCULINOS ASOCIADOS CON LA INFERTILIDAD	PROBLEMAS FEMENINOS ASOCIADOS CON LA INFERTILIDAD
<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Pérdida del deseo, con la consiguiente disminución de la actividad sexual. <input checked="" type="checkbox"/> Problemas de erección. <input checked="" type="checkbox"/> Control de la eyaculación prematura, poco o ningún control sobre la respuesta eyaculatoria, y la eyaculación puede ocurrir antes de la entrada vaginal. <input checked="" type="checkbox"/> Retraso en la eyaculación intravaginal, dificultad para eyacular.	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Pérdida del deseo. <input checked="" type="checkbox"/> El vaginismo. <input checked="" type="checkbox"/> Dispareunia. <input checked="" type="checkbox"/> Anorgasmia.

(Read, 1999).

Así mismo la disfunción eréctil que puede ser una consecuencia de la infertilidad es a su vez o puede ser causa de la misma. Este motivo de infertilidad puede ser resuelto de forma fácil con una inseminación artificial. El problema de la procreación quedaría resuelto. A pesar de haber solucionado el problema de la fecundación es preferible antes tratar de solucionar el problema de la disfunción sexual para beneficio de todas las partes y así mejorar su calidad de vida y su vida de pareja. Si bien hay que pensar siempre en multicausalidad.

La infertilidad involuntaria es un factor de estrés permanente para las parejas que la sufren. A la larga, la prolongada duración del deseo de tener un/a hijo/a y, por consiguiente, un período demasiado largo de los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento, podrían tener un impacto negativo en la satisfacción sexual de las parejas, lo que conduce a un circuito psicológico desfavorable. Uno de los primeros estudios relacionados con la satisfacción sexual, realizado en hombres, por Müller, Schilling y Haidl (1999), concluyó que: ni la edad de los hombres participantes, ni las actitudes hacia la sexualidad, ni la duración del tratamiento, ni la duración del deseo de un/a hijo/a, ni las conclusiones andrológicas resultantes, han podido tener una influencia directa en la satisfacción sexual actual de los mismos.

Los resultados de los diferentes estudios vistos anteriormente proponen que la duración del tratamiento y la duración del deseo de tener un/a hijo/a no necesariamente pueden estar relacionadas con una baja satisfacción sexual en hombres infértiles. Sin embargo la frecuencia del coito vaginal sí parece ser un indicador de la satisfacción sexual en este grupo de pacientes.

En otro estudio se demostró que un aumento del impacto negativo personal y sexual de sus parejas masculinas en parejas con problemas de fertilidad. Este efecto fue independiente de la edad, edad de la pareja, raza, religión, nivel educativo, situación laboral, embarazo previo, y la paternidad anterior. Estos resultados sugieren que los hombres que se perciben como el único contribuyente a la infertilidad en la pareja se sienten menos control de sus vidas, menos capaces de cumplir con sus objetivos

personales y más responsables de sus problemas de fertilidad. Además, este grupo de hombres tenía menor satisfacción sexual, más sentimientos de fracaso sexual, y menor disfrute de la actividad sexual. (James, Smith, Thomas, Walsh, Shindel, Turek, Wing, Katz, 2009).

Se ha visto que la depresión, la disfunción eréctil y los problemas de relación sexual son frecuentes en los varones de parejas infértiles. El buen funcionamiento de la pareja sexual es un predictor significativo de la función del compañero sexual masculino, de lo que se deduce que puede ser habitual que exista una disfunción sexual en ambos sujetos de la pareja. La duración de la relación de pareja y la evaluación por parte de la mujer de un buen funcionamiento en la relación, son predictores de la evaluación de los hombres de su situación con la pareja. (Nelson, Naughton, Ohebshalom, Mulhall, 2008).

En la mayoría de artículos se demuestra que la depresión y la disfunción sexual son frecuentes en las parejas femeninas de los hombres infértiles. La función sexual femenina, se correlaciona positivamente con la disfunción sexual del compañero en esta población, (Shindel et al., 2008). Parece que la disfunción sexual en alguno de los miembros de la pareja puede llevar al otro a desarrollar otra disfunción sexual diferente.

Muchos autores/as, aseguran que la infertilidad en el varón, supone en ocasiones un cuestionamiento erróneo de su propia virilidad. Lo que puede producir a su vez una falta de deseo y de motivación. La falta de deseo a su vez puede motivar la disfunción eréctil (Lucas, Cabello, 2007). Cuando tenemos problemas de infertilidad masculina, algunos hombres relacionan la infertilidad con una falta de virilidad, creen que la virilidad es igual que la potencia sexual, y la relacionan con una buena erección y la capacidad de eyacular una gran proporción de espermatozoides, se crea el miedo al fracaso, aparece la ansiedad anticipatoria, etc.

Aunque he encontrado evidencias en varios estudios en que existen más semejanzas que diferencias en cómo los hombres y las mujeres experimentan la ansiedad y el estrés provocado por la infertilidad, es de extrañar, ya que en un estudio más reciente, estos tienden a expresar menor nivel de estrés y ansiedad que sus compañeras. La tensión

sexual que existe en los hombres infértiles puede estar más estrechamente vinculada a la ansiedad de desempeño sexual que a un deterioro más general en la satisfacción sexual asociado con la infertilidad. (Peterson, Newton, Feingold, 2007).

Las parejas que entran en un proceso de tratamiento de infertilidad, vienen ya de un largo camino intentando el embarazo de forma natural mediante coitos programados y la actividad sexual de una pareja con problemas de fertilidad puede llegar a realizarse de manera compulsiva en los supuestos momentos de la ovulación, aún sin estar sujetos a algún tipo de tratamiento específico, esto supone, sexo por obligación, a fecha fija y hora, lo que puede llevar a que la experiencia erótica no sólo no sea satisfactoria, sino que se convierta verdaderamente desagradable y hasta frustrante al no responder a la demanda del hijo/a deseado.

Diferentes autores concluyen que la infertilidad produce un descenso del deseo sexual, problemas de eyaculación, dificultades para conseguir el orgasmo e insatisfacción sexual en general (Daniluk y Tench, 2007; Read, 2004; Wirtberg, Moller, Hogstrom, Tronstad y Lalos, 2007). Parece evidente que tener que programar las relaciones sexuales coitales-vaginales en días concretos del ciclo o hacer que éstas adquieran un carácter meramente reproductor lleva a la pérdida de la espontaneidad, que es uno de los principales problemas que suele afectar a las parejas y por el que suelen solicitar ayuda e intervención profesional (Moreno-Rosset, 1999). En otros casos, sin embargo, el sexo se convierte en una experiencia dolorosa por la incapacidad para concebir.

El deseo sexual hipoactivo o bajo deseo sexual es uno de los problemas sexuales más frecuentes en nuestra sociedad actual, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, aunque cada vez lo encontramos más en hombres, y debemos otorgarle una gran importancia a la aparición de esta disfunción ya que puede causar incluso, si no se trata a tiempo, una aversión hacia el sexo y un rechazo total a la pareja, evitando así cualquier contacto íntimo con la otra persona. Cuando una mujer explica que su deseo ha disminuido suele empezar diciendo que es un “fracaso” en las relaciones sexuales, etc. (Cabello, 2010).

Cuando hablamos de disfunción sexual en la mujer, una de las más comunes que puede propiciar el rechazo a las relaciones sexuales y que podría provocar una infertilidad secundaria sería el vaginismo. El vaginismo es una contracción involuntaria del tercio más externo de la vagina que impide el coito vaginal. Si no hay causa somática u orgánica, como un himen de gran grosor, la causa o el origen posiblemente será psicológico, en la mayoría de los casos así es. Las mujeres con vaginismo suelen tener pensamientos distorsionados sobre la sexualidad en general. Tienen aprehensiones sobre los genitales masculinos y sobre los propios. Esto puede ser debido a falsas creencias, falta de educación sexual adecuada, mitos, experiencias traumáticas, creencias etc. Es importante que la paciente conozca y explore su propio cuerpo y se desensibilice de los miedos y aprehensiones. (Read, 1999).

Otros estudios nos hablan de la prevalencia de la disfunción de la excitación, sensación de excitación y lubricación que se encuentra en la población infértil es más alta que los resultados reportados en la población normal iraní. La prevalencia de cualquier grado de disfunción eréctil en el estudio fue mayor en los hombres con problemas de fertilidad que la prevalencia para la población normal. (Khademi, Alleyassin, Amini y Ghaemi, 2008).

El bloqueo en la toma de la muestra de semen no es una disfunción sexual, pero merece la pena mencionarla. Muchos hombres sienten que están sometidos a presión. Tienen que conseguir la muestra en el mismo centro y en poco tiempo y se instala en el varón la ansiedad anticipatoria, el miedo al fracaso y a ser él el culpable de no tener hijos, miedo a no ser lo suficientemente “hombre” y a que su esperma sea escaso, etc.

Se da la circunstancia, aunque no sabemos muy bien por qué, de que las muestras de semen obtenidas en situaciones de estrés suelen ser de peor calidad que en otras circunstancias. Algunas hipótesis sugieren que el semen se puede ver afectado negativamente por el estrés y que la eliminación efectiva de los radicales libres puede jugar un papel importante en este proceso (Eskiocak, Serdar Gozen, Serkan Kilic, Sebahat, Molla, 2005).

Así que lo primero es asesorar a la pareja en estos momentos. Suele ocurrir el bloqueo cuando la mujer es en este caso, muy exigente, ejerce presión sobre el varón. Ya desde el camino en coche al centro va indicando lo que debe hacer, “no me falles, es lo único que se te pide, como no lo consigas me muero...”. La mujer debe ser una colaboradora en todo momento en vez de ser el objeto de presión. (Shukla, Mahdi, Ahmad, Jaiswar, Shankwar, Tiwari, 2007).

Otros investigadores encontraron que al menos un 50% de los pacientes que acudían a una clínica de infertilidad mencionaban una reducción en el deseo sexual y la satisfacción sexual después del diagnóstico de infertilidad, siendo la frecuencia del coito la variable más considerada como un indicador aceptable de satisfacción sexual en las parejas infértiles. (Ramezanzadeh, Aghssa, Jafarabadi, Zayeri, 2006).

La gente desconoce por completo cual puede ser el origen y la solución a los diversos obstáculos que surgen en la vivencia de la sexualidad en esta etapa de la vida y a veces cometen errores que agravan más la situación. Por ejemplo, la indicación aparentemente sencilla del incremento en la frecuencia de las relaciones o de las relaciones programadas que parecería lógica para la conceptualización puramente fisiológica de la reproducción, pero puede resultar una experiencia erótica desastrosa, desencadenando desde un deseo sexual hipoactivo, hasta una disfunción eréctil situacional, como hemos visto antes.

Ante estos problemas, la misión del/la profesional de la sexología clínica es contener y asesorar a la pareja a recuperar el placer, la satisfacción y la comunicación afectiva y también habrá que intervenir en aquellas parejas que presenten disfunciones sexuales.

Las disfunciones sexuales son de origen multicausal y su tratamiento es multimodal. Las disfunciones sexuales en infertilidad se tratan como todas las disfunciones en general con programas de psicoeducación, mejorando el conocimiento sexual, con información científica y verídica, desmitificando, modificando ideas irracionales, buscando el origen del problema y de la disfunción y con terapias sexológicas para el cambio.

La intervención sexológica clínica tiene que ser breve, por tanto el objetivo es devolver y mejorar la calidad de vida sexual que tenían antes del problema de fertilidad. Con todo esto, lograr que la calidad de vida de la pareja no se vea reducida ni perjudicada por los tratamientos de reproducción asistida.

III. Objetivos de Investigación

**Objetivo general.*

En esta investigación trato de demostrar si la problemática de la infertilidad y el proceso de reproducción asistida, puede afectar en la sexualidad y en la respuesta sexual de la pareja que acude a un centro de reproducción asistida, me centraré fundamentalmente en esta investigación en la satisfacción en las relaciones sexuales según el proceso de la reproducción asistida en el que están.

**Objetivos específicos.*

- Determinar si es frecuente la aparición de problemas en la actividad sexual en parejas con problemas de fertilidad.

- Conocer cuáles pueden ser los principales problemas en las diferentes dimensiones de la respuesta sexual.

- Saber cuáles son las variables más frecuentes que están relacionadas con un aumento de la problemática en la respuesta sexual, así como otras variables a tener en cuenta como la edad, tratamientos, número de intentos fallidos y tiempo.

IV. Metodología.

En ésta investigación, la metodología se enmarcaría dentro del enfoque cuantitativo, el cual nos permite analizar los datos extraídos de los cuestionarios de manera estadística y relacionarlos de manera fiable con las variables dependientes que hemos seleccionado previamente como la edad, tipo de tratamiento, tiempo en tratamiento, etc.

IV.I. Participantes.

Nuestra muestra está formada por 42 mujeres y 15 hombres, todos ellos en tratamiento de fertilidad. La *edad* de nuestros sujetos oscila entre los 27 años y los 55 años, con una media de edad de 34,5 años y una moda de 37 años (ver tabla 2).

Tabla 1. Análisis descriptivo del sexo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	42	73,7	73,7	73,7
	Hombre	15	26,3	26,3	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

Tabla 2. Análisis descriptivo de la edad.

N	Válidos	57
	Perdidos	0
Media		34,5263
Moda		37,00

Si hablamos del nivel de estudios de los participantes, el 45,6% poseen *estudios Universitarios*, el 42,1% tiene estudios de *Grado medio* y el 12,3% de los sujetos tenían *estudios Básicos*.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos del nivel de Estudios.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Estudios básicos	7	12,3	12,3	12,3
Grado medio	24	42,1	42,1	54,4
Universitarios	26	45,6	45,6	100,0
Total	57	100,0	100,0	

La mayoría de la muestra, un 93% convivía en la actualidad con su *pareja* y solo un 7% vivía en un *piso compartido* (3,5%) o con su *familia* de origen (3,5%).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la Convivencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Piso compartido	2	3,5	3,5	3,5
Pareja	53	93,0	93,0	96,5
Familia	2	3,5	3,5	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Solo dos opciones fueron contestadas en la cuestión del *tiempo que llevaban con sus parejas*. El 10,5% decía tener una relación de *más de un año y menos de cuatro* y un 89,5% afirmaba tener *una relación de más de cuatro años*.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos del tiempo que tienen pareja estable.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si, más de un año y menos de cuatro	6	10,5	10,5	10,5
Si, más de cuatro años	51	89,5	89,5	100,0
Total	57	100,0	100,0	

En relación con *el tiempo en tratamiento de fertilidad* que habían estado y están en la actualidad, un 36,8% llevaban *más de 2 años*, un 26,3% llevaban *menos de 6 meses*, un 22,8% llevaban *más de 1 año y menos de 2* y un 14% estaban en un tratamiento *más de 6 meses*.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos del tiempo en tratamiento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos menos de 6 meses	15	26,3	26,3	26,3
más de 6 meses	8	14,0	14,0	40,4
más de 1 año y menos de 2	13	22,8	22,8	63,2
más de 2 años	21	36,8	36,8	100,0
Total	57	100,0	100,0	

En cuanto al *número de tratamientos de fertilidad* que se habían sometido, un 43,9% solo se había sometido a *un tratamiento* en la actualidad, un 28,1% a *más de tres tratamientos* de fertilidad, un 22,8% se había sometido a *dos tratamientos de fertilidad*, mientras que solo el 5,3% de la muestra se había sometido a *tres tratamientos de fertilidad*.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos del número de tratamientos de fertilidad al que se han sometido.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a uno	25	43,9	43,9	43,9
a dos	13	22,8	22,8	66,7
a tres	3	5,3	5,3	71,9
a más de tres	16	28,1	28,1	100,0
Total	57	100,0	100,0	

La mayoría de los sujetos también se habían sometido a algún *tratamiento de Fecundación in vitro*. Un 42,1% de la muestra se había sometido a un *tratamiento de FIV*, un 10,5% de sujetos se habían sometido a *dos tratamientos FIV*, un 7% se había sometido a *tres tratamientos FIV* y un 3,5% de la muestra se había sometido a *más de tres tratamientos FIV*.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos del Número de tratamientos de Fecundación in vitro.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Ninguno	21	36,8	36,8	36,8
a uno	24	42,1	42,1	78,9
a dos	6	10,5	10,5	89,5
a tres	4	7,0	7,0	96,5
a más de tres	2	3,5	3,5	100,0
Total	57	100,0	100,0	

IV.II. Materiales y Variables.

En esta investigación se les pasó a los participantes una serie de cuestionarios de forma voluntaria y explicándoles de antemano claramente que iba a ser rellenado de forma totalmente anónima. Para ellos el anonimato fue extremadamente importante y siempre he contado con la ayuda de la matrona que les atiende en su tratamiento para aumentar su confianza en mí investigación y que crean en la preservación de su identidad en todo momento.

En la investigación se utilizaron dos cuestionarios, el EVAS- M (Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer) para medir la actividad sexual en las mujeres, y el EVAS-H (Escala de Valoración de la Actividad Sexual en el Hombre) para medir la actividad sexual en los hombres, todos ellos acudían a un centro para someterse a tratamientos de fertilidad. (LaCalle, P., García, J., DelaFuente, L., Fernández, I.) El cuestionario EVAS-H no ha sido validado en la actualidad, pero nos servirá para realizar una análisis comparativo entre sexos y ver cuáles son las diferencias entre ambos y si estas son significativas.

Estos dos cuestionarios constan de una primera parte con datos demográficos que posteriormente nos servirán para relacionarlos con los resultados obtenidos (edad, estudios) y posteriormente he añadido otras tres variables cuantificables y situacionales de los participantes que me interesaban y creí importantes para poderlas comparar y analizar con los posibles resultados que se obtendrían en los cuestionarios (tiempo implicado en el tratamiento, número de tratamientos de Fertilidad y número de tratamientos de Fecundación in vitro.).

El EVAS-M es un cuestionario que está formado por ocho ítems, mientras que el EVAS-H consta de diez ítems, ambos con opciones de respuesta cerrada y con una puntuación máxima de 60.

Cada uno de los ítems corresponde a algún dominio de la actividad sexual, cada uno de los cuales tiene puntuaciones comprendidas entre 1 y 5 siendo la puntuación máxima de cada uno de ellos de 10.

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL:

Dominio	Preguntas	Rango	Ponderación	Puntuación mínima	Puntuación máxima
<i>Deseo</i>	3	1/5	2	2	10
<i>Excitación</i>	4	1/5 inversa	2	2	10
<i>Lubricación</i>	5	1/5 inversa	2	2	10
<i>Orgasmo</i>	6	1/5	2	2	10
<i>Satisfacción</i>	1 y 9	1/5	1	2	10
<i>Dolor</i>	7	1/5 inversa	2	2	10
Rango o Puntuación total de la escala				12	60

IV.III. Análisis de datos.

Una vez recogido todos los cuestionarios y haberlos corregido y obtenido los datos resultantes, se pasó a introducirlos en el fichero de datos y a analizarlos mediante el programa de análisis de datos del SPSS en su versión 19.

Como se ha comentado anteriormente, en el cuestionario EVAS se han agrupado los ítems en seis variables o dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), que compararemos con las variables sociodemográficas y nominales que hemos considerado importantes, las cuales hemos planteado en la primera parte del cuestionario (sexo, tiempo en tratamiento, número de tratamientos de fertilidad, número de tratamientos FIV).

En primer lugar realizamos un análisis descriptivo (media, moda, desviación típica y porcentajes) de las variables sociodemográficas y situacionales de los sujetos de la investigación y posteriormente utilizamos comparaciones de medias, algunos análisis descriptivos, ANOVA de un Factor, análisis de correlaciones entre dominios y las demás pruebas pertinentes.

IV.IV. Resultados.

Seguidamente pasamos a explicar e interpretar los diversos resultados que hemos obtenido con el análisis de datos de nuestra investigación.

Tabla 9. Estadísticos de grupo para hombres y mujeres.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Deseo	Mujer	42	7,1429	1,40680	,21707
	Hombre	15	8,8000	1,82052	,47006
Excitación	Mujer	42	7,3810	1,62229	,25032
	Hombre	15	9,8667	,51640	,13333
Lubricación	Mujer	42	7,6667	2,33391	,36013
	Hombre	15	6,8000	2,36643	,61101
Orgasmo	Mujer	42	8,7143	1,81169	,27955
	Hombre	15	9,0667	1,66762	,43058
Satisfacción	Mujer	42	8,8095	1,15269	,17786
	Hombre	15	8,2000	1,42428	,36775
Dolor	Mujer	42	8,6190	1,20876	,18652
	Hombre	15	9,3333	1,23443	,31873
Total	Mujer	42	48,3333	4,84223	,74717
	Hombre	15	52,0667	4,28397	1,10612

En tabla 9 se ven los resultados de las medias en los dominios de los dos grupos analizados (hombres/mujeres), se observa como los hombres tienen mejores puntuaciones totales en el EVAS que las mujeres, siendo sus medias más altas en todos los dominios exceptuando en lubricación y satisfacción.

Si nos remitimos a las preguntas que evalúan estos dominios vemos como la cercanía emocional es una de las cuestiones que se valora en la satisfacción sexual, contestando la mayoría de las mujeres que casi siempre o siempre sienten esa cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales. Esto podría explicar esa media un poco superior de las mujeres respecto a los hombres.

Sin embargo la diferencia de medias más llamativa podría ser la que se obtiene del dominio de lubricación. Aquí las mujeres obtienen casi un punto más que los hombres, en contra de lo que se podría esperar.

Si volvemos al cuestionario (EVAS-M), vemos que la pregunta hace referencia a la sequedad vaginal en las relaciones sexuales, y la mayoría de ellas contesta que nunca o raramente siente esa sequedad vaginal. Esto se podría explicar por su baja media de edad y que posiblemente no tengan ningún problema físico ni enfermedad que afecte a su respuesta sexual.

En el cuestionario de los hombres (EVAS-H), la pregunta que tiene que ver con la lubricación les cuestiona a los hombres si siente que eyacula demasiado pronto en sus relaciones sexuales y muchos de ellos contestan que a veces o a menudo tienen esa sensación. Parece una cuestión interesante a investigar cual serían las causas de que los hombres de este estudio consideren sus eyaculaciones un poco precoces, ya que a pesar de que en este estudio no afecta en gran medida a la puntuación total de la escala, estas podrían ser interesantes de estudiar

Tabla 10. Prueba T para muestras independientes según el sexo.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Deseo	Se han asumido varianzas iguales	,773	,383	-3,618	55	,001	-1,65714	,45805	-2,57510	-,73919
	No se han asumido varianzas iguales			-3,201	20,293	,004	-1,65714	,51776	-2,73617	-,57812
Excitación	Se han asumido varianzas iguales	17,583	,000	-5,800	55	,000	-2,48571	,42854	-3,34453	-1,62690
	No se han asumido varianzas iguales			-8,764	54,676	,000	-2,48571	,28362	-3,05418	-1,91725
Lubricación	Se han asumido varianzas iguales	,405	,527	1,230	55	,224	,86667	,70453	-,54524	2,27857
	No se han asumido varianzas iguales			1,222	24,411	,233	,86667	,70924	-,59584	2,32917
Orgasmo	Se han asumido varianzas iguales	,112	,739	-,660	55	,512	-,35238	,53425	-1,42303	,71827
	No se han asumido varianzas iguales			-,686	26,672	,498	-,35238	,51337	-1,40633	,70157
Satisfacción	Se han asumido varianzas iguales	1,037	,313	1,651	55	,104	,60952	,36923	-,13044	1,34948
	No se han asumido varianzas iguales			1,492	20,925	,151	,60952	,40850	-,24019	1,45923
Dolor	Se han asumido varianzas iguales	,165	,686	-1,954	55	,056	-,71429	,36557	-1,44690	,01832
	No se han asumido varianzas iguales			-1,934	24,259	,065	-,71429	,36929	-1,47603	,04746
Total	Se han asumido varianzas iguales	1,316	,256	-2,637	55	,011	-3,73333	1,41565	-6,57037	-,89630
	No se han asumido varianzas iguales			-2,797	27,720	,009	-3,73333	1,33482	-6,46884	-,99782

Tabla 11. Prueba no paramétrica: U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Estadísticos de contraste ^a							
	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total
U de Mann-Whitney	140,500	57,500	253,000	275,500	232,500	211,000	180,000
W de Wilcoxon	1043,500	960,500	373,000	1178,500	352,500	1114,000	1083,000
Z	-3,355	-4,942	-1,195	-,824	-1,566	-2,109	-2,453
Sig. asintót. (bilateral)	,001	,000	,232	,410	,117	,035	,014

a. Variable de agrupación: Sexo

Se ha realizado una prueba T para muestras independientes (hombre/mujer) para comparar sus medias y ver si existen diferencias significativas de los dos grupos respecto a las variables deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor y el resultado total del cuestionario (ver tabla 10).

En cuanto al análisis de comparación de medias que hemos realizado con los dominios antes señalados, incluyendo la puntuación total, y el sexo, vemos como existen diferencias significativas en los dominios, *deseo*, *excitación* y en la *puntuación total* del cuestionario, siendo la media de las mujeres menor en estos dominios que la de los hombres. Así que podríamos concluir que la actividad sexual de las mujeres es significativamente menor que la de los hombres que están en algún tratamiento de fertilidad (ver tabla 10).

Por otro lado cabe señalar que se observan diferencias marginalmente significativas en *dolor*, siendo la significación .056 (también estando la media en las mujeres por debajo de la de los hombres). Como hay pocos sujetos en la muestra se ha repetido el análisis con una prueba no paramétrica (U de Mann-Whitney). Como se ve en la tabla 11, esta prueba confirma estos resultados y además señala que la diferencia en dolor en este caso no es marginal sino estadísticamente significativa. Viendo estos resultados podríamos decir que el *dolor* aparece de forma significativamente mayor en las mujeres que en los hombres.

Tabla 12. Comparación medias según tiempo implicado en fertilidad.

		Descriptivos								Varianza entre componentes
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
						Límite inferior	Límite superior			
Deseo	menos de 6 meses	15	7,7333	1,98086	,51146	6,6364	8,8303	4,00	10,00	
	mas de 6 meses	8	7,2500	1,03510	,36596	6,3846	8,1154	6,00	8,00	
	mas de 1 año y menos de 2	13	7,6923	1,60128	,44412	6,7247	8,6600	6,00	10,00	
	mas de 2 años	21	7,5238	1,77817	,38803	6,7144	8,3332	4,00	10,00	
	Total	57	7,5789	1,67915	,22241	7,1334	8,0245	4,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,71805	,22756	7,1225	8,0354		
	Efectos aleatorios				,22756 ^a	6,8547 ^a	8,3032 ^a			-,17951
Excitación	menos de 6 meses	15	7,4667	2,06559	,53333	6,3228	8,6106	2,00	10,00	
	mas de 6 meses	8	8,5000	1,41421	,50000	7,3177	9,6823	6,00	10,00	
	mas de 1 año y menos de 2	13	8,6154	1,50214	,41662	7,7077	9,5231	6,00	10,00	
	mas de 2 años	21	7,9048	1,84132	,40181	7,0666	8,7429	6,00	10,00	
	Total	57	8,0351	1,79249	,23742	7,5595	8,5107	2,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,78368	,23625	7,5612	8,5090		
	Efectos aleatorios				,26013	7,2073	8,8629			,04282
Lubricación	menos de 6 meses	15	6,9333	2,60403	,67236	5,4913	8,3754	2,00	10,00	
	mas de 6 meses	8	8,7500	1,83225	,64780	7,2182	10,2818	6,00	10,00	
	mas de 1 año y menos de 2	13	7,6923	1,79743	,49852	6,6061	8,7785	6,00	10,00	
	mas de 2 años	21	7,1429	2,57460	,56182	5,9709	8,3148	2,00	10,00	
	Total	57	7,4386	2,35294	,31165	6,8143	8,0629	2,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			2,33825	,30971	6,8174	8,0598		
	Efectos aleatorios				,34902	6,3278	8,5493			,09360
Orgasmo	menos de 6 meses	15	8,6667	1,79947	,46462	7,6702	9,6632	6,00	10,00	
	mas de 6 meses	8	9,0000	1,51186	,53452	7,7361	10,2639	6,00	10,00	
	mas de 1 año y menos de 2	13	8,3077	1,60128	,44412	7,3400	9,2753	6,00	10,00	
	mas de 2 años	21	9,1429	1,95667	,42698	8,2522	10,0335	2,00	10,00	
	Total	57	8,8070	1,76715	,23406	8,3381	9,2759	2,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,78396	,23629	8,3331	9,2810		
	Efectos aleatorios				,23629 ^a	8,0550 ^a	9,5590 ^a			-,08112
Satisfacción	menos de 6 meses	15	9,0000	1,06904	,27603	8,4080	9,5920	6,00	10,00	
	mas de 6 meses	8	8,2500	1,28174	,45316	7,1784	9,3216	6,00	10,00	
	mas de 1 año y menos de 2	13	8,3846	1,44559	,40094	7,5111	9,2582	5,00	10,00	
	mas de 2 años	21	8,7143	1,23056	,26853	8,1541	9,2744	6,00	10,00	
	Total	57	8,6491	1,24630	,16508	8,3184	8,9798	5,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,25038	,16562	8,3169	8,9813		
	Efectos aleatorios				,16562 ^a	8,1221 ^a	9,1762 ^a			-,01384
Dolor	menos de 6 meses	15	8,6667	1,63299	,42164	7,7623	9,5710	6,00	10,00	
	mas de 6 meses	8	8,5000	,92582	,32733	7,7260	9,2740	8,00	10,00	
	mas de 1 año y menos de 2	13	9,0769	1,03775	,28782	8,4498	9,7040	8,00	10,00	
	mas de 2 años	21	8,8571	1,19523	,26082	8,3131	9,4012	6,00	10,00	
	Total	57	8,8070	1,24554	,16498	8,4765	9,1375	6,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,26512	,16757	8,4709	9,1431		
	Efectos aleatorios				,16757 ^a	8,2737 ^a	9,3403 ^a			-,06676
Total	menos de 6 meses	15	48,4667	5,28970	1,36580	45,5373	51,3960	41,00	59,00	
	mas de 6 meses	8	50,2500	3,99106	1,41105	46,9134	53,5866	42,00	55,00	
	mas de 1 año y menos de 2	13	49,7692	4,02397	1,11605	47,3376	52,2009	43,00	57,00	
	mas de 2 años	21	49,2857	5,71964	1,24813	46,6822	51,8893	39,00	57,00	
	Total	57	49,3158	4,95032	,65569	48,0023	50,6293	39,00	59,00	
	Modelo	Efectos fijos			5,05036	,66894	47,9741	50,6575		
	Efectos aleatorios				,66894 ^a	47,1869 ^a	51,4446 ^a			-1,35901

a. Advertencia: La varianza entre componentes es negativa. Ha sido reemplazada por 0,0 al calcular esta medida para los efectos aleatorios.

Tabla 13. Prueba de homogeneidad de varianzas

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Deseo	1,339	3	53	,271
Excitación	,746	3	53	,530
Lubricación	1,756	3	53	,167
Orgasmo	,311	3	53	,818
Satisfacción	,906	3	53	,444
Dolor	3,866	3	53	,014
Total	1,794	3	53	,160

Tabla 14. ANOVA para un factor. Comparación de los dominios con el tiempo implicados en un tratamiento.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Deseo	Inter-grupos	1,454	3	,485	,164	,920
	Intra-grupos	156,441	53	2,952		
	Total	157,895	56			
Excitación	Inter-grupos	11,310	3	3,770	1,185	,324
	Intra-grupos	168,620	53	3,182		
	Total	179,930	56			
Lubricación	Inter-grupos	20,261	3	6,754	1,235	,306
	Intra-grupos	289,774	53	5,467		
	Total	310,035	56			
Orgasmo	Inter-grupos	6,203	3	2,068	,650	,587
	Intra-grupos	168,674	53	3,183		
	Total	174,877	56			
Satisfacción	Inter-grupos	4,120	3	1,373	,878	,458
	Intra-grupos	82,863	53	1,563		
	Total	86,982	56			
Dolor	Inter-grupos	2,049	3	,683	,427	,735
	Intra-grupos	84,828	53	1,601		
	Total	86,877	56			
Total	Inter-grupos	20,489	3	6,830	,268	,848
	Intra-grupos	1351,827	53	25,506		
	Total	1372,316	56			

Como se puede observar en la tabla 13, se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas excepto en el caso del *dolor*. Parece ser en este caso que no hay indicios de que el tiempo de implicación en un tratamiento pueda influir en los dominios analizados, ya que no hay ningún dato significativo, en contra de lo que pudiéramos hipotetizar en un principio (ver tabla 14).

Tabla 15. Comparación de medias según el número de tratamientos de fertilidad.

		Descriptivos								
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	Varianza entre componentes
						límite inferior	Límite superior			
Deseo	a uno	25	7,6000	1,82574	,36515	6,8464	8,3536	4,00	10,00	
	a dos	13	7,3846	1,89466	,52548	6,2397	8,5295	4,00	10,00	
	a tres	3	7,3333	1,15470	,66667	4,4649	10,2018	6,00	8,00	
	a mas de tres	16	7,7500	1,43759	,35940	6,9840	8,5160	6,00	10,00	
	Total	57	7,5789	1,67915	,22241	7,1334	8,0245	4,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,71972	,22778	7,1221	8,0358		
	Efectos aleatorios				,22778 ^a	6,8540 ^a	8,3039 ^a			-,20096
Excitación	a uno	25	7,9200	1,95619	,39124	7,1125	8,7275	2,00	10,00	
	a dos	13	8,6154	1,50214	,41662	7,7077	9,5231	6,00	10,00	
	a tres	3	7,3333	1,15470	,66667	4,4649	10,2018	6,00	8,00	
	a mas de tres	16	7,8750	1,85742	,46435	6,8853	8,8647	6,00	10,00	
	Total	57	8,0351	1,79249	,23742	7,5595	8,5107	2,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,80844	,23953	7,5546	8,5155		
	Efectos aleatorios				,23953 ^a	7,2728 ^a	8,7974 ^a			-,08368
Lubricación	a uno	25	7,5200	2,32952	,46590	6,5584	8,4816	2,00	10,00	
	a dos	13	7,0769	2,10006	,58245	5,8079	8,3460	4,00	10,00	
	a tres	3	10,0000	,00000	,00000	10,0000	10,0000	10,00	10,00	
	a mas de tres	16	7,1250	2,62996	,65749	5,7236	8,5264	2,00	10,00	
	Total	57	7,4386	2,35294	,31165	6,8143	8,0629	2,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			2,32668	,30818	6,8205	8,0567		
	Efectos aleatorios				,39160	6,1923	8,6849			,17911
Orgasmo	a uno	25	8,6400	1,70489	,34098	7,9363	9,3437	6,00	10,00	
	a dos	13	8,1538	2,37508	,65873	6,7186	9,5891	2,00	10,00	
	a tres	3	8,0000	2,00000	1,15470	3,0317	12,9683	6,00	10,00	
	a mas de tres	16	9,7500	,68313	,17078	9,3860	10,1140	8,00	10,00	
	Total	57	8,8070	1,76715	,23406	8,3381	9,2759	2,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,69601	,22464	8,3564	9,2576		
	Efectos aleatorios				,40927	7,5045	10,1095			,35906
Satisfacción	a uno	25	8,8000	1,25831	,25166	8,2806	9,3194	5,00	10,00	
	a dos	13	7,5385	1,05003	,29123	6,9039	8,1730	6,00	9,00	
	a tres	3	9,3333	,57735	,33333	7,8991	10,7676	9,00	10,00	
	a mas de tres	16	9,1875	,91059	,22765	8,7023	9,6727	7,00	10,00	
	Total	57	8,6491	1,24630	,16508	8,3184	8,9798	5,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,10176	,14593	8,3564	8,9418		
	Efectos aleatorios				,42724	7,2895	10,0088			,49467
Dolor	a uno	25	8,7200	1,40000	,28000	8,1421	9,2979	6,00	10,00	
	a dos	13	8,6154	1,26085	,34970	7,8535	9,3773	6,00	10,00	
	a tres	3	9,3333	1,15470	,66667	6,4649	12,2018	8,00	10,00	
	a mas de tres	16	9,0000	1,03280	,25820	8,4497	9,5503	8,00	10,00	
	Total	57	8,8070	1,24554	,16498	8,4765	9,1375	6,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,26479	,16753	8,4710	9,1430		
	Efectos aleatorios				,16753 ^a	8,2739 ^a	9,3402 ^a			-,07042
Total	a uno	25	49,2000	4,83908	,96782	47,2025	51,1975	41,00	59,00	
	a dos	13	47,3846	6,26549	1,73774	43,5984	51,1708	39,00	57,00	
	a tres	3	51,3333	1,52753	,88192	47,5388	55,1279	50,00	53,00	
	a mas de tres	16	50,6875	4,02854	1,00714	48,5408	52,8342	43,00	56,00	
	Total	57	49,3158	4,95032	,65569	48,0023	50,6293	39,00	59,00	
	Modelo	Efectos fijos			4,91663	,65122	48,0096	50,6220		
	Efectos aleatorios				,76290	46,8879	51,7437			,48450

a. Advertencia: La varianza entre componentes es negativa. Ha sido reemplazada por 0,0 al calcular esta medida para los efectos aleatorios.

Tabla 16. Prueba de homogeneidad de varianzas.

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Deseo	1,479	3	53	,231
Excitación	,578	3	53	,632
Lubricación	4,200	3	53	,010
Orgasmo	5,534	3	53	,002
Satisfacción	,467	3	53	,707
Dolor	,913	3	53	,441
Total	2,783	3	53	,050

En este caso se incumple el supuesto de homogeneidad de varianzas en *lubricación*, y en *orgasmo* (ver tabla 16).

Tabla 17. ANOVA para un factor. Comparación de los dominios con el Número de tratamientos de fertilidad.

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Deseo	Inter-grupos	1,151	3	,384	,130	,942
	Intra-grupos	156,744	53	2,957		
	Total	157,895	56			
Excitación	Inter-grupos	6,596	3	2,199	,672	,573
	Intra-grupos	173,334	53	3,270		
	Total	179,930	56			
Lubricación	Inter-grupos	23,122	3	7,707	1,424	,246
	Intra-grupos	286,913	53	5,413		
	Total	310,035	56			
Orgasmo	Inter-grupos	22,425	3	7,475	2,599	,062
	Intra-grupos	152,452	53	2,876		
	Total	174,877	56			
Satisfacción	Inter-grupos	22,648	3	7,549	6,219	,001
	Intra-grupos	64,335	53	1,214		
	Total	86,982	56			
Dolor	Inter-grupos	2,094	3	,698	,436	,728
	Intra-grupos	84,784	53	1,600		
	Total	86,877	56			
Total	Inter-grupos	91,135	3	30,378	1,257	,299
	Intra-grupos	1281,181	53	24,173		
	Total	1372,316	56			

Tabla 18. Prueba de igualdad de medias. Para la comparación de los dominios con el número de tratamientos de fertilidad.

		Pruebas robustas de igualdad de las medias ^b			
		Estadístico ^a	gl1	gl2	Sig.
Deseo	Welch	,147	3	9,993	,929
	Brown-Forsythe	,156	3	31,569	,925
Excitación	Welch	,959	3	10,271	,448
	Brown-Forsythe	,864	3	35,254	,469
Lubricación	Welch
	Brown-Forsythe
Orgasmo	Welch	4,079	3	8,463	,047
	Brown-Forsythe	2,218	3	11,515	,141
Satisfacción	Welch	7,167	3	11,018	,006
	Brown-Forsythe	8,539	3	42,155	,000
Dolor	Welch	,445	3	9,305	,726
	Brown-Forsythe	,480	3	18,748	,700
Total	Welch	1,706	3	14,852	,209
	Brown-Forsythe	1,590	3	34,510	,210

a. Distribuidos en F asintóticamente.

b. No se pueden realizar las pruebas robustas de la igualdad de medias para Lubricación porque al menos un grupo tiene varianza 0.

Tabla 19. Estadísticos de contraste. Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

Estadísticos de contraste ^{a,b}							
	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total
Chi-cuadrado	,367	2,242	4,488	7,618	15,619	1,137	3,187
gl	3	3	3	3	3	3	3
Sig. asintót.	,947	,524	,213	,055	,001	,768	,364

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Num.Tratam.de.Fertilidad

Nos encontramos, después de analizar los datos, que existen diferencias significativas en el dominio de *satisfacción* con respecto al *número de tratamientos de fertilidad* (ver tabla 17 y 19). También podemos señalar que el dominio de *orgasmo* presenta una diferencia marginalmente significativa. Sin embargo esta dimensión no cumplía el supuesto de homogeneidad como hemos visto anteriormente (ver tabla 16), así pues y realizando las pruebas pertinentes, se observa que las diferencias si son significativas según el estadístico de Welch (ver tabla 18). Estos resultados nos llevarían a concluir que posiblemente las variables de *satisfacción* y *orgasmo* en las relaciones sexuales se vean afectadas según el *número de tratamientos de fertilidad* a los que se esté o haya estado sometida la persona.

Tabla 20. Estadísticos descriptivos. Comparación de medias según número de tratamientos FIV.

		Descriptivos								
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	Varianza entre componentes
						Límite inferior	Límite superior			
Deseo	Ninguno	21	7,4286	1,43427	,31298	6,7757	8,0814	6,00	10,00	
	a uno	24	7,5833	2,04124	,41667	6,7214	8,4453	4,00	10,00	
	a dos	6	8,0000	1,26491	,51640	6,6726	9,3274	6,00	10,00	
	a tres	4	7,5000	1,00000	,50000	5,9088	9,0912	6,00	8,00	
	a mas de tres	2	8,0000	2,82843	2,00000	-17,4124	33,4124	6,00	10,00	
	Total	57	7,5789	1,67915	,22241	7,1334	8,0245	4,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,73192	,22940	7,1186	8,0393		
	Efectos aleatorios				,22940 ^a	6,9420 ^a	8,2159 ^a			- ,26403
Excitación	Ninguno	21	8,0952	1,48003	,32297	7,4215	8,7689	6,00	10,00	
	a uno	24	7,6667	2,09900	,42846	6,7803	8,5530	2,00	10,00	
	a dos	6	8,3333	1,50555	,61464	6,7534	9,9133	6,00	10,00	
	a tres	4	9,5000	1,00000	,50000	7,9088	11,0912	8,00	10,00	
	a mas de tres	2	8,0000	2,82843	2,00000	-17,4124	33,4124	6,00	10,00	
	Total	57	8,0351	1,79249	,23742	7,5595	8,5107	2,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,79463	,23770	7,5581	8,5121		
	Efectos aleatorios				,23770 ^a	7,3751 ^a	8,6951 ^a			- ,01124
Lubricación	Ninguno	21	7,3333	2,63312	,57459	6,1348	8,5319	2,00	10,00	
	a uno	24	7,3333	2,40772	,49147	6,3166	8,3500	2,00	10,00	
	a dos	6	7,3333	1,63299	,66667	5,6196	9,0471	6,00	10,00	
	a tres	4	9,0000	2,00000	1,00000	5,8176	12,1824	6,00	10,00	
	a mas de tres	2	7,0000	1,41421	1,00000	-5,7062	19,7062	6,00	8,00	
	Total	57	7,4386	2,35294	,31165	6,8143	8,0629	2,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			2,39925	,31779	6,8009	8,0763		
	Efectos aleatorios				,31779 ^a	6,5563 ^a	8,3209 ^a			- ,32282
Orgasmo	Ninguno	21	8,8571	1,62129	,35379	8,1191	9,5951	6,00	10,00	
	a uno	24	8,5833	1,99819	,40788	7,7396	9,4271	2,00	10,00	
	a dos	6	9,3333	1,63299	,66667	7,6196	11,0471	6,00	10,00	
	a tres	4	8,5000	1,91485	,95743	5,4530	11,5470	6,00	10,00	
	a mas de tres	2	10,0000	,00000	,00000	10,0000	10,0000	10,00	10,00	
	Total	57	8,8070	1,76715	,23406	8,3381	9,2759	2,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,80138	,23860	8,3282	9,2858		
	Efectos aleatorios				,23860 ^a	8,1446 ^a	9,4695 ^a			- ,17919
Satisfacción	Ninguno	21	8,6190	1,20317	,26255	8,0714	9,1667	6,00	10,00	
	a uno	24	8,5417	1,44400	,29476	7,9319	9,1514	5,00	10,00	
	a dos	6	8,6667	1,03280	,42164	7,5828	9,7505	7,00	10,00	
	a tres	4	9,0000	,81650	,40825	7,7008	10,2992	8,00	10,00	
	a mas de tres	2	9,5000	,70711	,50000	3,1469	15,8531	9,00	10,00	
	Total	57	8,6491	1,24630	,16508	8,3184	8,9798	5,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,27659	,16909	8,3098	8,9884		
	Efectos aleatorios				,16909 ^a	8,1797 ^a	9,1186 ^a			- ,11212
Dolor	Ninguno	21	8,3810	1,35927	,29662	7,7622	8,9997	6,00	10,00	
	a uno	24	8,9167	1,17646	,24014	8,4199	9,4134	6,00	10,00	
	a dos	6	9,0000	1,09545	,44721	7,8504	10,1496	8,00	10,00	
	a tres	4	9,5000	1,00000	,50000	7,9088	11,0912	8,00	10,00	
	a mas de tres	2	10,0000	,00000	,00000	10,0000	10,0000	10,00	10,00	
	Total	57	8,8070	1,24554	,16498	8,4765	9,1375	6,00	10,00	
	Modelo	Efectos fijos			1,22306	,16200	8,4819	9,1321		
	Efectos aleatorios				,23050	8,1670	9,4470			,08141
Total	Ninguno	21	48,7143	4,70258	1,02619	46,5737	50,8549	39,00	57,00	
	a uno	24	48,6250	5,64772	1,15284	46,2402	51,0098	39,00	59,00	
	a dos	6	50,6667	3,72380	1,52023	46,7588	54,5746	45,00	55,00	
	a tres	4	53,0000	1,82574	,91287	50,0948	55,9052	51,00	55,00	
	a mas de tres	2	52,5000	3,53553	2,50000	20,7345	84,2655	50,00	55,00	
	Total	57	49,3158	4,95032	,65569	48,0023	50,6293	39,00	59,00	
	Modelo	Efectos fijos			4,93758	,65400	48,0034	50,6281		
	Efectos aleatorios				,69909	47,3748	51,2568			,18475

^a. Advertencia: La varianza entre componentes es negativa. Ha sido reemplazada por 0,0 al calcular esta medida para los efectos aleatorios.

Tabla 21. Prueba de homogeneidad de varianzas.

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Deseo	3,640	4	52	,011
Excitación	1,784	4	52	,146
Lubricación	2,005	4	52	,107
Orgasmo	1,184	4	52	,329
Satisfacción	1,134	4	52	,351
Dolor	1,954	4	52	,115
Total	1,753	4	52	,153

En este supuesto es el dominio *deseo* donde no se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas (ver tabla 21).

Tabla 22. ANOVA para un factor. Comparación de medias según número de tratamientos FIV.

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Deseo	Inter-grupos	1,919	4	,480	,160	,958
	Intra-grupos	155,976	52	3,000		
	Total	157,895	56			
Excitación	Inter-grupos	12,454	4	3,113	,967	,434
	Intra-grupos	167,476	52	3,221		
	Total	179,930	56			
Lubricación	Inter-grupos	10,702	4	2,675	,465	,761
	Intra-grupos	299,333	52	5,756		
	Total	310,035	56			
Orgasmo	Inter-grupos	6,139	4	1,535	,473	,755
	Intra-grupos	168,738	52	3,245		
	Total	174,877	56			
Satisfacción	Inter-grupos	2,238	4	,560	,343	,847
	Intra-grupos	84,744	52	1,630		
	Total	86,982	56			
Dolor	Inter-grupos	9,091	4	2,273	1,519	,210
	Intra-grupos	77,786	52	1,496		
	Total	86,877	56			
Total	Inter-grupos	104,572	4	26,143	1,072	,380
	Intra-grupos	1267,744	52	24,380		
	Total	1372,316	56			

Tabla 23. Estadísticos de contraste. Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

Estadísticos de contraste ^{a,b}							
	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total
Chi-cuadrado	,747	3,790	2,018	2,547	1,287	5,749	4,567
gl	4	4	4	4	4	4	4
Sig. asintót.	,945	,435	,732	,636	,864	,219	,335

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Num.Tratam.FIV

No se ven diferencias significativas en ningún dominio en relación con el *número de tratamientos FIV* (ver tabla 22). La prueba no paramétrica de Kruskal Wallis confirma estos resultados (ver tabla 23).

Tabla 24. Análisis de correlaciones de los dominios entre ellos y con la variable Pareja con dificultad sexual (solo para los hombres, última fila).

		Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total	Pareja.con.dificultad.sexual
Deseo	Correlación de Pearson	1	,480**	,120	,261*	,065	,097	,704**	-,435
	Sig. (bilateral)		,000	,374	,050	,633	,473	,000	,105
	N	57	57	57	57	57	57	57	15
Excitación	Correlación de Pearson	,480**	1	-,012	,239	-,122	,019	,578**	-,193
	Sig. (bilateral)	,000		,928	,073	,365	,888	,000	,490
	N	57	57	57	57	57	57	57	15
Lubricación	Correlación de Pearson	,120	-,012	1	-,181	,005	,060	,463**	-,470
	Sig. (bilateral)	,374	,928		,178	,972	,658	,000	,077
	N	57	57	57	57	57	57	57	15
Orgasmo	Correlación de Pearson	,261*	,239	-,181	1	,358**	-,139	,501**	-,419
	Sig. (bilateral)	,050	,073	,178		,006	,303	,000	,120
	N	57	57	57	57	57	57	57	15
Satisfacción	Correlación de Pearson	,065	-,122	,005	,358**	1	-,044	,348**	-,534*
	Sig. (bilateral)	,633	,365	,972	,006		,743	,008	,040
	N	57	57	57	57	57	57	57	15
Dolor	Correlación de Pearson	,097	,019	,060	-,139	-,044	1	,259	,116
	Sig. (bilateral)	,473	,888	,658	,303	,743		,052	,682
	N	57	57	57	57	57	57	57	15
Total	Correlación de Pearson	,704**	,578**	,463**	,501**	,348**	,259	1	-,775**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,008	,052		,001
	N	57	57	57	57	57	57	57	15
Pareja.con.dificultad.sexual	Correlación de Pearson	-,435	-,193	-,470	-,419	-,534*	,116	-	1
	Sig. (bilateral)	,105	,490	,077	,120	,040	,682	,775**	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15

En cuanto al análisis de correlaciones de Pearson que hemos llevado a cabo entre los distintos dominios, vemos que las correlaciones significativamente positivas son entre los siguientes dominios: *deseo y excitación* ($r = .480$; $\text{sig} = .000$), *deseo y orgasmo* ($r = .261$; $\text{sig} = .050$), *deseo y el total* ($r = .704$; $\text{sig} = .000$), *excitación y el total* ($r = .578$; $\text{sig} = .000$), *lubricación y el total* ($r = .463$; $\text{sig} = .000$), *orgasmo y satisfacción* ($r = .358$; $\text{sig} = .006$), *orgasmo y el total* ($r = .348$; $\text{sig} = .008$), *satisfacción y el total* ($r = .348$; $\text{sig} = .008$).

Después hemos realizado una correlación de Pearson con los diferentes dominios y la variable *pareja con dificultad sexual* que se les proponía a los hombres en el cuestionario EVAS-M. Aquí todas las correlaciones significativas son negativas, estas fueron entre *pareja con dificultad sexual y satisfacción* ($r = -.534$; $\text{sig} = .040$) y entre *pareja con dificultad sexual y el total* ($r = -.775$; $\text{sig} = .001$).

V. Discusión.

A lo largo de nuestro estudio hemos analizado diversas variables y dominios relacionados con la actividad sexual en parejas en tratamientos de fertilidad, y hemos obtenido unos resultados que contrastaremos con anteriores investigaciones sobre nuestro tema. Veremos también a continuación, si nuestras hipótesis han sido confirmadas o si por el contrario nuestros resultados no las han respaldado.

- ✓ ***Objetivo general: Demostrar si la problemática de la infertilidad y el proceso de reproducción asistida, puede afectar en la sexualidad y en la respuesta sexual de la pareja que acude a un centro de reproducción asistida, me centraré fundamentalmente en esta investigación en la satisfacción en las relaciones sexuales según el proceso de la reproducción asistida en el que están.***

No vemos en ningún caso signos claros de disfunción sexual en ninguno de nuestros sujetos, ya que la media de sus puntuaciones son mayores de 38, aunque si vemos *indicios de afectación en diferentes variables importantes en la actividad sexual*, como pueden ser *el deseo, la excitación o el dolor*, en las mujeres con problemas de fertilidad y *la lubricación y satisfacción* en los hombres que están en algún tratamiento de fertilidad.

Los hombres de la muestra tienen puntuaciones más bajas en *lubricación y satisfacción* sexual, aunque no sean unas diferencias significativas respecto a las mujeres. A pesar de que la mayoría de los hombres no valoran como insatisfechas sus relaciones sexuales, si vemos como sus puntuaciones en excitación sexual y en deseo sexual son bastante altas, unas variables en la que las mujeres han obtenido puntuaciones significativamente más bajas. Se podría hipotetizar que muchos hombres pueden sentir insatisfacción sexual por el bajo deseo o excitación que ven en su pareja durante el tratamiento de fertilidad.

Nuestra hipótesis inicial concuerda con la de diferentes autores como Daniluk y Tench (2007); Read (2004); Wirtberg, Moller, Hogstrom, Tronstad y Lalos, (2007), que han concluido que la infertilidad produce un descenso del deseo sexual, problemas de eyaculación en los hombres, dificultades para conseguir el orgasmo e insatisfacción sexual en general.

1. Primer Objetivo específico: Determinar si es frecuente la aparición de problemas en la actividad sexual en parejas con problemas de fertilidad.

Nuestra muestra es demasiado pequeña para poder concluir que los problemas en la actividad sexual son habituales en las parejas con problemas de fertilidad, pero si hemos visto como si aparecen afectadas algunas fases de la respuesta sexual y como estas pueden afectar a la satisfacción en sus relaciones sexuales.

También hemos visto en las correlaciones (ver tabla 24), que una pareja con algún tipo de dificultad sexual puede afectar a *la satisfacción y a la actividad sexual* en general de la persona, en este caso un hombre. Si vemos que *el deseo, la excitación o el dolor*, son las dimensiones más afectadas en las mujeres con problemas de fertilidad, con estos datos podríamos hipotetizar que muchos hombres pueden sentir insatisfacción sexual por el bajo deseo o excitación que ven en su pareja durante el tratamiento de fertilidad.

Nuestros resultados son corroborados por numerosos estudios en los que se ha visto que la disfunción sexual es frecuente en las parejas femeninas de los hombres infértiles. (Shindel et al., 2008).

2. Segundo Objetivo específico: Conocer cuáles pueden ser los principales problemas en las diferentes dimensiones de la respuesta sexual.

Uno de los objetivos de nuestra investigación es analizar en qué medida se ven afectadas las diferentes fases de la respuesta sexual. El EVAS, también utiliza esta clasificación y analiza diversos dominios de la respuesta sexual. A continuación analizaremos los resultados obtenidos por nuestra muestra de personas en tratamiento de fertilidad en las diferentes dimensiones.

EL DESEO:

El deseo sexual hipoactivo o bajo deseo sexual es uno de los problemas sexuales más frecuentes en nuestra sociedad actual y no es una excepción para las mujeres con problemas de fertilidad. Para estas mujeres fue una de las dimensiones más afectadas de la respuesta sexual. Obtuvimos diferencias significativas en la dimensión de deseo sexual en comparación con la muestra de hombres, en la que el deseo obtuvo una de las puntuaciones más altas de todas las dimensiones.

LA EXCITACIÓN y LA LUBRICACIÓN:

En nuestra muestra hemos encontrado que la media de las mujeres en la excitación (ver tabla 9) es una de las más bajas después del deseo. Si comparamos en nivel de excitación de las mujeres respecto a los hombres vemos que existen diferencias significativas, siendo la media de las mujeres, menor a la de estos (ver tabla 10).

Cuando hablamos de Lubricación en nuestro cuestionario nos referimos si los hombres consideran que su eyaculación es demasiado temprana según lo deseado, en este caso los hombres obtienen puntuaciones menores a las mujeres, siendo esta la puntuación la más baja obtenida por los hombres en nuestro estudio (ver tabla 9).

Algunos autores como Read (1999), nos hablan de cuáles son las disfunciones sexuales más comunes en la población infértil. Algunos problemas masculinos asociados a la infertilidad puede ser la falta de control de la eyaculación prematura, teniendo poco o ningún control sobre la respuesta eyaculatoria y vemos como en nuestra investigación existen indicios de que los hombres están preocupados por tener una eyaculación demasiado temprana y perciben que esta debería prolongarse más en el tiempo. Esta podría ser la causa de que su satisfacción sexual sea un poco menor que la de las mujeres.

Otro estudio nos habla que la tensión sexual que existe en los hombres infértiles puede estar más estrechamente vinculada a la ansiedad de desempeño sexual (Peterson, Newton, Feingold, 2007). Estos resultados podríamos relacionarlos con los resultados que hemos obtenido en la probable ansiedad de los hombres ante una posible eyaculación precoz.

En ningún artículo encontrado hemos visto que se haya comparado el nivel de excitación y/o lubricación entre hombres y mujeres con problemas de fertilidad, aunque algunos estudios anteriores apuntan que la prevalencia de la disfunción de la excitación, sensación de excitación y lubricación que se encuentra en la población infértil es más alta que los resultados reportados en la población normal. (Khademi, Alleyassin, Amini y Ghaemi, 2008).

EL ORGASMO:

En nuestro estudio el orgasmo no fue una de las variables más afectadas en ninguno de los dos sexos, aunque sí que se puede ver que los hombres llegan al orgasmo de forma más frecuente que las mujeres, ya que sus puntuaciones fueron más altas en esta variable (ver tabla 9).

Aunque si vemos como en algunas investigaciones la variable orgasmo se ve afectada de forma significativa, ya que diversos autores concluyeron que la infertilidad podía producir dificultades para conseguir el orgasmo (Daniluk y Tench, 2007; Read, 2004; Wirtberg, Moller, Hogstrom, Tronstad y Lalos, 2007).

LA SATISFACCIÓN:

Se ve en nuestros resultados que los hombres de la muestra tienen puntuaciones más bajas en satisfacción sexual que las mujeres, aunque estas no sean significativamente diferentes. A pesar de que la mayoría de los hombres no valoran como insatisfechas sus relaciones sexuales en general, si vemos como sus puntuaciones en excitación sexual y en deseo sexual son bastante altas, unas variables en la que las mujeres han obtenido puntuaciones significativamente más bajas. Esta descompensación puede hacer que los hombres consideren que el número de relaciones sexuales sean insuficientes, mientras que las mujeres no deseen tener más relaciones sexuales de las que tienen en la actualidad.

Estos resultados pueden corroborarse con los resultados obtenidos por otros investigadores que encontraron que al menos un 50% de los pacientes que acudían a una clínica de infertilidad mencionaban una reducción en el deseo sexual y la satisfacción sexual después del diagnóstico de infertilidad, *siendo la frecuencia del coito* la variable más considerada como un indicador aceptable de satisfacción sexual en las parejas infértiles. (Ramezanzadeh, Aghssa, Jafarabadi, Zayeri, 2006). En este caso no sabemos si eran los hombres los que remitían al investigador su insatisfacción por el número de coitos o fueron las mujeres. Aunque por investigaciones anteriores y por nuestra propia investigación podíamos deducir que eran los hombres los que mostraban esta insatisfacción, ya que su deseo suele ser mayor que el de las mujeres en todos los estudios.

EL DOLOR:

Observamos que existe una diferencia estadísticamente significativa en la variable de dolor entre hombres y mujeres. Las mujeres de nuestra muestra, obtienen puntuaciones más bajas en este dominio, lo que querría decir que sienten más frecuentemente alguna clase de dolor durante sus relaciones sexuales que los hombres.

Read (1999), también nos habla de las disfunciones sexuales que aparecen con más frecuencia en mujeres con problemas de fertilidad. El vaginismo o la dispareunia, son algunas de las disfunciones sexuales que están relacionadas con el dolor o miedo al dolor y que aparecen de forma significativa en la población infértil femenina. Esta circunstancia y el bajo nivel de excitación de las mujeres de nuestra muestra, podría explicar que muchas de ellas presenten dolor en sus relaciones sexuales coitales.

3. ***Tercer Objetivo específico: Saber cuáles son las variables más frecuentes que están relacionadas con un aumento de la problemática en la respuesta sexual, así como otras variables a tener en cuenta como la edad, tratamientos, número de intentos fallidos y tiempo.***

Sin duda, viendo los datos obtenidos de las comparaciones de las medias de los dos sexos (hombres/mujeres), vemos como esta es la variable que más diferencias significativas ha arrojado sobre nuestros resultados (ver tabla 9). Estas diferencias se ven en los dominios, *deseo, excitación* y en la *puntuación total* del cuestionario, siendo la media de las mujeres más baja en estos dominios que la de los hombres. Así que podríamos concluir que el sexo de la persona que se está sometiendo a algún tratamiento de fertilidad puede ser importante a la hora de valorar qué áreas de la sexualidad pueden estar más afectadas.

Según los resultados obtenidos de comparar todos los dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor y el resultado total del cuestionario) con la variable *número de tratamientos de fertilidad*, estos nos llevarían a concluir que posiblemente *la satisfacción* en las relaciones sexuales se vea afectada por el número de tratamientos de fertilidad a los que esté sometida la persona (ver tabla 17).

Otro dato obtenido en el dominio *orgasmo*, es que la obtención del orgasmo en las relaciones sexuales puede verse afectada por el *número de tratamientos de fertilidad* a los que esté sometida la persona (ver tabla 17).

El tiempo en tratamiento de fertilidad o el número de tratamientos FIV no parecen afectar ninguna etapa de la respuesta sexual de forma significativa. La edad, el nivel educativo, la convivencia y el tiempo en pareja no fueron comparados por la escasa relevancia y dispersión de los datos.

Vemos que nuestros resultados se ven respaldados por otras investigaciones anteriores en las que se demostró que un aumento del impacto negativo personal y sexual de las parejas con problemas de fertilidad fue independiente de la edad, edad de la pareja, raza, religión, nivel educativo, situación laboral, embarazo previo, y la paternidad anterior. (James, Smith, Thomas, Walsh, Shindel, Turek, Wing, Katz, 2009).

Otra investigación realizada por Müller, Schilling y Haidl (1999), concluyó que: ni la edad de los hombres participantes, ni las actitudes hacia la sexualidad, ni la duración del tratamiento, ni la duración del deseo de un/a hijo/a, han tenido una influencia directa en la satisfacción sexual de los mismos.

VI. Conclusiones.

A continuación expondremos lo logrado en nuestra investigación, como fue el proceso de la misma y si los resultados obtenidos han corroborado las diferentes hipótesis expuestas anteriormente.

Escogí el tema de “*vivencias de la sexualidad en parejas con problemas de fertilidad*” como consecuencia de un estudio preliminar donde comprobé el alto número de parejas que acuden a un centro de fertilidad y viendo que en la investigación científica, este era un tema poco estudiado y marginado de las investigaciones en parejas infértiles. Me pareció una investigación novedosa y un campo por explorar, sobre todo en la investigación española donde apenas encontré artículos sobre este tema, como se puede apreciar en la bibliografía.

Otro motivo que me llevó a estudiar la sexualidad en parejas con problemas de fertilidad es la evidencia de que el área de la sexualidad estuviera afectada a causa de la programación de los coitos o la posible culpabilización de algún miembro de la pareja por su infertilidad, y que esta incapacidad de concepción podría tener un origen tanto físico como psicológico. También me planteé como algunas disfunciones sexuales (vaginismo, dispareunia, disfunción eréctil, eyaculación precoz, eyaculación retardada, etc.), pueden ser causa y a la vez consecuencia de la misma infertilidad. Después de todo este planteamiento me parecía evidente la necesidad de mi investigación y como después de esta, se podría demostrar la necesidad de la atención de un sexólogo en estos centros de fertilidad.

Durante un primer planteamiento de la investigación, se programó realizar una investigación de forma cualitativa para poder obtener el mayor número posible de información sobre la sexualidad en las parejas con problemas de fertilidad. Pero por problemas de recogida de la muestra, ya que muchos centros de fertilidad no quisieron trabajar conmigo, y que esta estaba poco dispuesta a realizar una entrevista donde se les preguntara de forma abierta sobre sus hábitos sexuales, decidimos convertir la investigación en una investigación de origen cuantitativo, donde las preguntas son cortas

y no debían de estar más de cinco minutos conmigo.

Me encontré diversos problemas para la recogida de datos. Parece que la población escogida para mi investigación es reacia a cualquier tipo de intromisión en su vida personal y rechazaban todo posible descubrimiento de su identidad, a pesar de garantizarse su anonimato, sobre todo si se habla de su vida en pareja o de sus relaciones sexuales. Al final conseguí la muestra después de muchos meses, y aun que fue una muestra pequeña, he conseguido obtener algunos datos interesantes.

El propósito de esta investigación fue demostrar que la sexualidad es uno de los campos más afectados en parejas con problemas de fertilidad. Los resultados fueron los siguientes:

- Las mujeres obtienen puntuaciones más bajas en la actividad sexual (puntuación total del EVAS), que los hombres.
- En las mujeres, las variables que más han sido afectadas son el deseo, la excitación y el dolor.
- Los hombres han obtenido puntuaciones más bajas en las variables de lubricación y satisfacción.
- En las mujeres, la fase de la respuesta sexual más afectada fue el deseo
- En los hombres, fue la lubricación la fase de la respuesta sexual que menos puntuación obtuvo de todas las variables comparadas.
- La satisfacción obtuvo la puntuación más alta de todas las variables estudiadas en la muestra de mujeres.
- La excitación obtuvo la mayor puntuación de todas en la muestra de hombres.
- El número de tratamientos de fertilidad fue una variable importante, ya que demostró que afecta de forma significativa a la respuesta sexual de las parejas con problemas de fertilidad.
- El tiempo en tratamiento de fertilidad y el número de tratamientos FIV no fueron decisivos en la afectación de la respuesta sexual en parejas con problemas de fertilidad.

Seguidamente señalaré algunas propuestas que podrían mejorar la investigación que he realizado y que darían más validez a los resultados obtenidos.

- Un mayor tamaño de la muestra
- Una muestra más homogénea, igualdad entre hombres y mujeres.
- Una recogida de muestra aleatoria.
- Agrupar la muestra por parejas (hombre/mujer) que acuden al centro de fertilidad y comparar los resultados entre ellos.
- Poder realizar una investigación de origen cualitativo para poder conseguir más información acerca de su sexualidad y sus relaciones sexuales actuales.
- Realizar un estudio longitudinal de cómo ha evolucionado su satisfacción sexual y sus relaciones sexuales, antes de saber de su infertilidad, después de saber la noticia, durante los tratamientos de fertilidad o FIV y después de haber conseguido un embarazo o no.
- Comparar los niveles de estrés y ansiedad (con los oportunos cuestionarios) con la actividad sexual y la satisfacción sexual de la pareja.
- La validación en un futuro del cuestionario de la actividad sexual para hombres, el EVAS-H
- Sería importante conocer si la medicación a la que se ven sometidos los participantes afecta de forma directa o indirecta a la sexualidad.

Todos los resultados obtenidos en esta investigación nos dan pie a decir que la sexología tiene una labor importante en el campo de las parejas con problemas de fertilidad. La afectación de esta área en las parejas infértiles parece una obviedad entre los investigadores que han estudiado este tema y a pesar de ello, no es una realidad que los centros de fertilidad cuenten con estos profesionales entre los servicios que ofrecen.

Me parece discriminatorio que están parejas no sean estudiadas ni se les preste atención a su sexualidad cuando se les realice un seguimiento de cómo están llevando el tratamiento de fertilidad, posiblemente muchas de estas parejas presenten problemas en el área de la sexualidad que estén afectando de forma directa o indirecta a la efectividad del tratamiento para conseguir un embarazo.

La mejora de la calidad de vida siempre parece un objetivo importante en todo tratamiento médico, pero en este caso la sexualidad queda descartada como componente importante de esta mejora. Quizá se debería preguntar más a los pacientes sobre cómo perciben ellos que su vida en pareja y sus relaciones sexuales se han visto afectadas en este periodo y podremos intervenir de forma más global, efectiva y más interdisciplinar para una mejorar de forma cuantitativa de la vida de estas parejas.

Espero que la investigación en este área siga avanzando y ampliándose y que los investigadores españoles muestren más interés en la sexualidad de las parejas infértiles, para que la atención sexológica llegue a estas parejas por medio de un respaldo científico y un apoyo de toda la comunidad médica.

VI.I. Propuestas para futuras investigaciones.

- Que tipos de disfunciones sexuales son más comunes entre la población con problemas de fertilidad.
- Conocer el nivel de incidencia de la disfunción sexual como origen de la infertilidad.
- Como afecta a la relación de pareja una posible insatisfacción sexual en parejas en tratamiento de fertilidad.
- Si una buena salud sexual puede afectar a la consecución del objetivo del embarazo en estas parejas o si por el contrario un mal funcionamiento en la vida sexual puede afectar de forma negativa a la consecución de un embarazo.
- Recoger de forma cualitativa la valoración de sus relaciones sexuales durante el proceso del tratamiento de fertilidad.
- Conocer cuál es el nivel de conocimientos sobre sexualidad y educación sexual que tienen las parejas que acuden a un centro de fertilidad.
- Saber cómo un posible aborto o fracaso en los tratamientos de fertilidad o FIV pueden afectar a la calidad o cantidad de relaciones sexuales de la pareja con problemas de fertilidad.
- Analizar si los problemas en las relaciones sexuales provienen de antes de someterse al tratamiento o a la noticia de su problema de fertilidad o si por el contrario han aparecido después del conocimiento de su infertilidad y cuáles son estos problemas en sus relaciones sexuales.

VII. Bibliografía.

1. Abbey, A., Andrews, F.M., y Halman, L.J. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 455-469.
2. Abbey, A., y Halman, L.J. (1995). The role of perceived control, attributions and meaning in members of infertile couples' well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 271-296.
3. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. (1992). Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertility and Sterility*. 57(6), 1247-1253.
4. Andrews, F.M., Abbey, A., Halman, L.J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal Health Social Behavior*. 32(3):238-53
5. Andrews, F.M., Abbey, A., y Halman, L. (1991). Stress from infertility, marriage factors and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 238-253.
6. Antequera, R., Moreno-Rosset, C, Jenaro, C. y Ávila, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 167–175.
7. Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L., and La-Sala, G.B. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*.14,3126–3132.
8. Bayo-Borràs, R., Cànovas, G. y Sentís, M. (2005). *Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida*. Barcelona: Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.
9. Berg, BJ. y Wilson, JF. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 11-26.
10. Berg, BJ. y Wilson, JF. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 11-26.

11. Between Mental Stress and Some Antioxidant Enzymes of Seminal Plasma. *Indian*
12. Boivin, J., Anderson, L., Shoog-Svanberg, A., Hjelmstedt, A., Collins, A., y Bergh, T. (1998). Psychological reactions during in vitro fertilisation (IVF): Similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*, 13, 3262-3277.
13. Burns, L. y Covington, S.N. (1999). *Infertility counselling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing Group.
14. Burns, L.H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 689-716.
15. Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Ed. Síntesis.
16. Calatayud C, Ruiz M, Castellví RM, Báez D, Matallin P, Pellicer A. (1990) Intrauterine insemination versus superovulation in male infertility. *Human Reproduction*. 5, (1), 23.
17. Calatayud C, Ruiz M, Castellví RM, Báez D, Matallin P, Pellicer A. (1990). Intrauterine insemination versus superovulation in male infertility. *Human Reproduction*, 5(Suppl. 1), 23.
18. Castro, C., Borrás, C., Pérez-Pareja, J., y Palmer, A. (2001). Respuestas emocionales en mujeres que se encuentran en tratamiento de reproducción asistida. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 283 -291.
19. Daniluk, J.C. y Tench, E. (2007). Long-Term Adjustment of infertile couples following unsuccessful medical invention. *Journal of Counselling and Development*, 85(1), 89-100.
20. Dhillon, R., Cumming, CE: y Cumming, DC. (2000). Psychological well-being and doping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 74,702-706.
21. Dobson, H., Smith R.F. (2000). What is stress, and how does it affect reproduction?. *Animal reproduction science*, 2, 60-61,743-52.
22. Domar, A. D. (1997). *Stress and infertility in women*. En S. R. Leiblum (Ed.) *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies*. Nueva York: John

Wiley and Sons, Inc.

23. Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 14, 45-52.
24. Domínguez, R., Mackenna, A. & Pacheco, I. M. (2001) *Tener un Hijo. Conociendo la Infertilidad y los caminos para resolverla*. Santiago: Mediterráneo.
25. Edelman, R.J., y Connolly, K.J. (1996). Sex role and emotional functioning in infertile couples: Some further evidence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14(2), 113-119
26. Elizur SE, Levron J, Seidman DS, Kees S, Levran D, Dor J. (2004). Conventional in vitro fertilization versus intracytoplasmic sperm injection for sibling oocytes in couples with mild oligoteratoasthenozoospermia and couples with normal sperm. *Fertility and Sterility*, 82, 241-243.
27. Eskiocak, S., Serdar Gozen, A., Serkan Kilic, A. y Molla, S. (2005). Association
28. Eugster, A., y Vingerhoets, A.J.J.M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: A review. *Social Science and Medicine*, 48,575-589.
29. Gerrity, D. (2001). A biopsychosocial theory of infertility. *Family Journal*, 9,151-158.
30. González, A. (2000). Técnicas basadas en el estudio de la esterilidad conyugal. Actualizaciones de la sociedad española de fertilidad. *Técnicas Diagnósticas*, 1, 1-9.
31. González, A. (2000). Técnicas básicas en el estudio de la esterilidad conyugal. Actualizaciones de la sociedad Española de Fertilidad. *Técnicas Diagnósticas*, 1, 1-9.
32. Guerra, D. (1998). *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta.
33. Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A. y Barri, P.N. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13, 1733 –1736.

34. Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A. y Barri, P.N. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13, 1733 – 1736.
35. Infertility revisited: The state of the art today and tomorrow. (1996). The ESHRE Capri Workshop. European Society for Human Reproduction and Embryology. *Human Reproduction*, 11, 1779-807.
36. Iribarne, C., Mingote, C., Denia, F., Martín, A.C., Ruiz, J.A., y De la Fuente, P. (2003). Alteraciones emocionales en mujeres infértiles. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 78-88.
37. Jordan, C. y Revenson, T.A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341–358.
38. *Journal of Medical Research* 122, 491-496.
39. Kedem P, Mikulincer M, Nathanson YE, Bartoov B. (1990). Psychological aspects of male infertility. *Br Journal Medical Psychology*, 63(1), 73-80.
40. Khademi, A., Alleyassin, A., Amini, M. y Ghaemi, M. (2008). Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5(6):1402-1410.
41. Khamsi F, Yavas Y, Roberge S, Wong J, Laccana L, Endman M. (2001). Intracytoplasmatic sperm injection increased fertilization and good-quality embryo formation in patients with non-male factor indications for in vitro fertilization: a prospective randomized study. *Fertility and Sterility*, 75, 342-347.
42. La Calle Marcos, P., García García, J., Fernández Agis, I., de la Fuente Sánchez, L., García Cantero, M.I. (2009). Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M). Validación a través de entrevista con experto. *Sexología Integral*, 6(4), 160-166
43. Laplanche, J. (1987). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria*. Buenos Aires: Amorrortu.
44. Lee TY, Sun GH, Chao SC. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan, *Human Reproduction*, 16(8):1762-7.

45. Leiblum, S.R. (1997). *Infertility: Psychological issues and counseling strategies*. New York: Willey.
46. Leiblum, S.R., Aviv, A., Hamer, R. (1998). Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction*, 13(12), 3569-74.
47. Levron, M.D. (1998). Extraction for In vitro Fertilization. International Federation of Fertility Societies (IFFS) 16th World Congress/American Society for Reproductive Medicine. San Francisco, California.
48. Llavona, L., y Mora, R. (2006). *Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2006/3632.
49. Llavona, L.M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 158 –166.
50. Matheu, M. L. Cabello, F. (2007) *Introducción a la sexología clínica*. Madrid: Elsevier.
51. McQuillan, J., Greil, A.L., White, L. y Jacob, M.C. (2003). Frustrated Fertility: Infertility and Psychological Distress among women. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 1007-1018.
52. Monat, A., Averill, J. y Lazarus, R. (1972). Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 237–253.
53. Moreno, C., Barrio, V., Cantón, E., Claramunt, C., Grossmann, M., López, F., Pons, C., San Juan, P., Terrasa, L. (200). *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.

54. Moreno-Rosset, C. (1999). La Psicología al servicio de la Reproducción Asistida. *Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)*, 8(2), 2-6.
55. Moreno-Rosset, C. (2000). *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
56. Moreno-Rosset, C. (2009). *Infertilidad y Reproducción Asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Pirámide.
57. Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C. y Gómez, Y. (2008). La Psicología de la Reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud* (en prensa)
58. Müller, M.J., Schilling, G., Haidl, G. (1999) .Sexual satisfaction in male infertility. *Archives of Andrology*. 42(3):137-43
59. Nachtigall, RD., Becker, G. y Wozny, M. (1992). The effects on gender-specific diagnosis on Men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57,113-121.
60. National Collaborating Centre for Women's and Children Health. *Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems*. Clinical Guideline. London: RCOG Press, 2004.
61. Nelson, C.J., Shindel, A.W., Naughton, C.K., Ohebshalom, M., Mulhall, J.P. (2008). Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *Journal of sexual medicine*. 5(8):1907-14.
62. Newton, C.R., Sherrard, W., y Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72, 54-62.
63. Olivius, C., Friden, B., Borg, G. y Bergh, C. (2004). Psychological aspects of discontinuation of in Vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 81,276-282.
64. Ombet W, Fourie FL, Vandeput H, Bosmans E, Cox A, Janssen M, Kruger T. (1994). Teratozoospermia and in-vitro fertilization: a randomized prospective study. *Human Reproduction*, 9, 1479-84.

65. Organización Mundial de la Salud (2001): www.who.int Sitio Oficial de la Organización Mundial de la Salud.
66. Palacios, E., Jadresic, E., Palacios, F., Miranda, C., y Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67(1), 19-24.
67. Peterson, B.D., Newton, C.R., Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*. 88(4):911-4.
68. Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*. 42(1), 59-70.
69. Pook M, Tuschen-Caffier B, Krause W. (2004). Is infertility a risk factor for impaired male fertility?. *Human Reproduction*. 19(4), 954-9.
70. Ramezanzadeh, F., Aghssa, M.M., Jafarabadi, M., Zayeri, F. (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility*. 85(1):139-43.
71. Read, J. (1999). ABC of sexual health: sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *British Medical Journal*. 27;318(7183):587-9
72. Read, J. (2004). Sexual problems associated with infertility, pregnancy and agein. *British Medical Journal*, 329,559-561.
73. Roa, J. (2002) *Infertilidad y tratamientos de reproducción asistida (A.R.T.)*. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.
74. Roa, J. (2002). *Infertilidad y tratamientos de reproducción asistida (A.R.T.)*. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.
75. Robinson, G.E. y Stewart, D.E. (1996). The psychological impact of infertility and new reproductive Technologies. *Harvard Review of Psychiatry*, 4,168-172.

76. Rosenthal, M.B. y Goldfarb, J. (1997). Infertility and assisted reproductive technology: an update for mental health professionals. *Harvard Review of Psychiatry*, 5,169.
77. Rowe, J.P., Comhaire, F.H., Hargreave, T.B., Mahmoud, A.M. *WHO Manual for standardized investigation and diagnosis and management of the infertile male*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
78. Ruiz A, Remohi J, Minguez Y, Guanes P, Simon C., Pellicer.A. (1997). The role of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection in couples with unexplained infertility after failed intrauterine insemination. *Fertility and Sterility*, 68, 171-173.
79. Ruiz A, Remohi J, Minguez Y, Guanes P, Simon C., Pellicer.A. The role of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection in couples with unexplained infertility after failed intrauterine insemination. *Fertility and Sterility*, 1997; 68: 171-3.
80. Schanz, S., Baeckert-Sifeddine, I.T., Braeulich, C., Collins, S.E., Batra, A., Gebert, S., Hautzinger, M. y Fierlbeck, G. (2005). A new quality of life measure for men experiencing involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 20(10), 2858-2865.
81. Schmidt, L., Christensen, U., y Holstein, B.E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20(4), 1044-1052.
82. Schmidt, L., Holstein, B.E., Christensen, U. y Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problems stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20(11), 3248-3256.
83. Seibel, M.M., Taymor, M.L. (1982) Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*. 37(2), 137-45.

84. Shindel, A.W., Nelson, C.J., Naughton, C.K., Ohebshalom, M., Mulhall, J.P. (2008). Sexual Function and Quality of Life in the Male Partner of Infertile Couples: Prevalence and Correlates of Dysfunction. *Journal of Urology*. 179(3):1056-9.
85. Shukla, K.K., Mahdi, A.A., Ahmad, M.K., Jaiswar, S.P., Shankwar, S.N., Tiwari, S.C. (2010). Mucuna pruriens Reduces Stress and Improves the Quality of Semen in Infertile Men. *Evidence-Based Complementary Alternative Medicine*. 7(1):137-44.
86. Smeenk, J.M.J., Verhaak, C.M., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, B., y Braat, D.D.M. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16(7), 1420-1423.
87. Smith, J.F., Walsh, J., Shindel, A.W., Turek, P.J., Wing, H., Pasch, L., Katz, P. (2009). Sexual, Marital, and Social Impact of a Man's Perceived Infertility Diagnosis. *Journal of Sexual Medicine*. 6(9), 2505–2515.
88. Templeton A, Morris JK, Parslow W. (1996). Factors that affect the outcome of in-vitro fertilization. *Lancet*, 348, 1402-1406.
89. Templeton A, Morris JK, Parslow W. (1996). Factors that affect the outcome of in-vitro fertilization. *Lancet*, 348, 1402-6.
90. Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. Madrid: Ed. Cátedra.
91. Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. Madrid: Ediciones Cátedra, S.A.
92. United Nations Population Fund (UNFPA). Población y desarrollo: un compromiso universal. Programa de acción. Conferencia internacional de población y desarrollo. El Cairo. Egipto, 1994. Lima: UNFPA 1997)
93. Van Balen, F. y Trimbos-Kemper, T. (1993). Long-term infertile couples: a study of their well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14, 53-60.
94. Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W. y Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human reproduction*, 13(1), 27-36.

95. Verhaak, C.M., Smeenk, J.M., van Minnen, A., Kremer, J.A. y Kraaijmaat, F.W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20, 2253–2260.
96. Vicent, J-D. (1988) *Biología de las pasiones*. Barcelona: Anagrama.
97. Wirtberg, I., Moller, A., Hogstrom, L., Tronstad, S.E. y Lalos, A. (2007). Life 20 years alters unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598-604.
98. Wrigt, J., Allard, M., Lecours, A., y Sabourin, S. (1989). Psychological distress and infertility: A review of controlled research. *International Journal of Fertility*, 34,126-142.
99. Yago, T., Segura, J. y Irazábal, E. (1997). *Infertilidad y reproducción asistida. Relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
100. Yen, S. Jaffe, R. Babieri, R. (1999) *Endocrinología de la reproducción*. Buenos aires: Panamericana.

VIII. Anexos.

VIII. I. Anexo 1: Cuestionario EVAS-M

EVAS-M

A continuación se le van a presentar una serie de cuestiones relacionadas con su actividad sexual, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se trata de conocer sus experiencias acerca de este tema. La información que proporcione tiene fines de investigación y por tanto, es de carácter confidencial. (Pon un asterisco o una x al lado de la respuesta elegida)

Edad:

Sexo:

Hijos anteriores:

Estudios:

- Básicos (EGB, ESO o equivalente)
- Grado medio (Bachiller, FP o equivalente)
- Universitarios
- Sin estudios

En la actualidad convive:

- Solo
- Piso compartido
- Pareja
- Familia

¿Tiene pareja?

- No
- Sí, menos de un año
- Sí, más de un año y menos de cinco
- Sí, más de cuatro años

¿Cuánto tiempo lleva implicad@ en el tratamiento de fertilidad o FIV?

- menos 6 meses
- mas de 6 meses
- más de un año y menos de dos
- mas de dos

¿A cuántos tratamientos de fertilidad se ha sometido?

- a uno
- a dos
- a tres
- a más de tres.

¿A cuántos tratamientos de FIV se ha sometido?

- a uno
- a dos
- a tres
- a más de tres.

Por favor, contestar las siguiente preguntas sólo en caso de tener o haber tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas (actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación...)

1.- ¿Está satisfecho en general con su actividad sexual?

- Muy insatisfecho
- Bastante insatisfecho
- Ni satisfecho-ni insatisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

2.- ¿En caso de estar “muy” o “bastante” insatisfecho con su actividad sexual, desde cuando le ocurre esto?

- Semanas
- Meses
- Años
- Nunca he estado satisfecho

3.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

4.- En las relaciones sexuales ¿Ha tenido dificultad en sentirse excitada?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

5.- En las relaciones sexuales ¿ha sentido sequedad vaginal?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

6.- Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

9.- ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?

- No tengo pareja
- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

VIII. II. Anexo 2: Cuestionario EVAS-II.

Código:

EVAS-H

A continuación se le van a presentar una serie de cuestiones relacionadas con su actividad sexual, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se trata de conocer sus experiencias acerca de este tema. La información que proporcione tiene fines de investigación y por tanto, es de carácter confidencial.

Edad:

Sexo:

Hijos anteriores:

Estudios: ⁱ

- Básicos (EGB, ESO o equivalente)
- Grado medio (Bachiller, FP o equivalente)
- Universitarios
- Sin estudios

En la actualidad convive:

- Solo
- Piso compartido
- Pareja
- Familia

¿Tiene pareja?

- No
- Sí, menos de un año
- Sí, más de un año y menos de cinco
- Sí, más de cuatro años

¿Cuánto tiempo lleva implicad@ en el tratamiento de fertilidad o FIV?

- menos 6 meses
- mas de 6 meses
- más de un año y menos de dos
- mas de dos

¿A cuántos tratamientos de fertilidad se ha sometido usted y su pareja?

- a uno
- a dos
- a tres
- a más de tres.

¿A cuántos tratamientos de FIV se ha sometido usted y su pareja?

- a uno
- a dos
- a tres
- a más de tres.

Por favor, contestar las siguiente preguntas sólo en caso de tener o haber tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas (actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación...)

1.- ¿Está satisfecho en general con su actividad sexual?.

- Muy insatisfecho
- Bastante insatisfecho
- Ni satisfecho-ni insatisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

2.- ¿En caso de estar “muy” o “bastante” insatisfecho con su actividad sexual, desde cuando le ocurre esto?

- Semanas
- Meses
- Años
- Nunca he estado satisfecho

3.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

4.- En las relaciones sexuales ¿Ha tenido dificultad con la erección sin tomar ningún fármaco tipo viagra?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

5.- En las relaciones sexuales ¿Con qué frecuencia ha sentido que eyaculaba demasiado pronto?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

6.- Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

8.- ¿Tiene su pareja algún tipo de dificultad sexual?

- No tengo pareja
- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

9.- ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?

- No tengo pareja
- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

10.- ¿Se ha sentido en alguna ocasión preocupado por su actividad sexual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - Siempre

Fin