

## Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente

### Emotional Aspects in Infertility: a Review of Recent Literature

**Estela Palacios, Enrique Jadresic**

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Chile.(E.P.).  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Norte, Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile, Chile.(E.J.).

[Dirección para Correspondencia:](#)

---

Infertility is defined as a couple's inability to achieve pregnancy after one year of unprotected intercourse. This problem affects 15% of couples of fertile age in Chile. The impact of infertility on the couple is assessed, and it is described as an emotionally debilitating *life crisis* due to multiple factors. It is characterized by a cyclical pattern in which the experience of hope (at the beginning of the cycle) is recurrently followed by the experience of failure (when menses begin). The high financial burden of treatment, the need to undergo surgical procedures, and the invasion of sexual intimacy are additional sources of stress. Infertile couples may suffer feelings of inadequacy, despair, sorrow, envy and jealousy towards pregnant women, fear, loss of sexual desire, erectile dysfunction, emotional instability, loss of self-esteem, guilt, depression, and suicidal ideation. Psychosomatic disorders, the repression of emotional reactions, and frantic desires to quickly adopt a child or to join a program of assisted reproduction are described. Following therapeutic failure, which is the most common outcome (70%), fifty percent of couples show some significant psychological distress. The authors review recent literature on the subject and underscore the need for mental health professionals to collaborate with infertility specialists in these cases.

**Key words:** *emotional aspects, psychology, infertility*

---

Se entiende por infertilidad la imposibilidad de una pareja de lograr un embarazo, después de un año de vida sexual activa, sin uso de anticonceptivos. En Chile afecta al 15% de las parejas en edad fértil. La etiología es variada, a veces desconocida (20%). Se ha evaluado el impacto que tiene en la pareja el diagnóstico de infertilidad. Es descrito como una *crisis vital*, a la cual contribuyen muchos factores, y se traduce en un gran desgaste emocional, por su carácter cíclico. Se repite una y otra vez la vivencia de esperanza (al inicio del ciclo) y fracaso (cuando llega la menstruación). Impacta el elevado costo económico del tratamiento, el sometimiento a procesos quirúrgicos y la invasión a la privacidad sexual. En parejas

infértiles se han encontrado sentimientos de inadecuación, desesperación, pena, envidia y celos hacia la mujer embarazada, miedo, pérdida de la libido, disfunción eréctil, inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa, depresión e ideación suicida. Se han descrito trastornos psicossomáticos, represión de las reacciones emocionales, deseo frenético de adoptar un hijo rápidamente o incorporarse a algún programa de fertilización asistida. Luego del fracaso terapéutico, desenlace habitual (70%), el 50% de las parejas presenta alguna alteración psicológica importante. Los autores revisan la literatura reciente sobre el tema y subrayan la necesidad de la participación activa de los profesionales de la salud mental junto a los equipos de medicina reproductiva.

---

## Introducción

Uno de los hitos de la medicina del siglo recién pasado fue la introducción de la fertilización asistida. No obstante haberse implementado como técnica para ayudar a parejas infértiles hace poco más de veinte años, aún se sabe muy poco acerca de los aspectos psicológicos y emocionales vinculados a la infertilidad y su tratamiento.

Se entiende por infertilidad la imposibilidad de una pareja de lograr un embarazo después de un año de vida sexual activa, sin uso de métodos anticonceptivos y/o la imposibilidad de lograr un embarazo de término dando a luz un niño vivo.

En Chile la infertilidad afecta a aproximadamente un 15% de las parejas en edad fértil ([1](#)). Cifras similares se reportan en Estados Unidos (10-15%) e Inglaterra (10%) ([2](#), [3](#)).

La etiología de la infertilidad es muy variada ([Tabla 1](#)), encontrándose más de una causa en un número considerable de parejas (10% a 30%) ([4](#), [5](#)).

**TABLA 1**  
**FACTORES ETIOLÓGICOS EN LA ENFERTILIDAD**

---

Factor masculino	40 a 60%
Disfunción ovárica	30%
Enfermedad tubárica o uterina	20%
Factores inmunológicos, problemas infecciosos	5%
No explicado	20%

---

Fuente: Tomada de Ref. 3.

En la actualidad, crecientemente se solicita la participación de profesionales de la salud mental en las unidades de medicina reproductiva. Incluso en 1984 en Inglaterra y Australia se comenzó a legislar para que los centros de atención de infertilidad contemplaran, dentro de sus programas, la prestación de apoyo psicológico por parte de profesionales entrenados y acreditados (6). La obligación de incorporar profesionales de la salud mental adiestrados subraya la importancia que estos países otorgan a la atención integral del paciente. Creemos que dicha atención integral resulta comprensible y deseable, pero aún en nuestro país se carece de literatura que oriente a los colegas. Por este motivo nos propusimos hacer una revisión de la literatura reciente, con el fin de asistir a aquellos que en nuestro medio incursionen en este nuevo campo de la psiquiatría.

## **Material y método**

Se consultó la base de datos Medline, abarcándose todos los artículos en inglés y español publicados desde 1995 a 1999. Además, se estableció contacto personal con algunos centros de investigación y atención de pacientes infértiles, tales como el Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGYR) y el Centro San Isidro, en Buenos Aires; y, en Santiago, las clínicas Las Condes y Las Nieves. En todos estos lugares se pudo acceder a referencias bibliográficas recientes, disponibles en las respectivas bibliotecas o sugeridas por los profesionales contactados, los cuales generosamente colaboraron con los autores de esta revisión.

Se excluyeron los trabajos que los autores consideraron deficientes desde el punto de vista metodológico, ya sea porque las muestras eran muy pequeñas, o los instrumentos poco precisos, o los cuestionarios muy extensos, etc.

También se acudió a las bibliotecas de las universidades chilenas para recolectar tesis de alumnos de psicología en el tema, pero no se incluyeron en esta revisión por tener más de diez años de antigüedad, y por el énfasis teórico más que clínico.

## **Resultados**

### ***Modelos teóricos en la comprensión de la infertilidad***

La discusión sobre la relación entre los aspectos emocionales y la infertilidad ha estado en el centro de los estudios psicológicos o psiquiátricos de sujetos, especialmente mujeres, que experimentan dificultades para concebir un hijo o lograr que los embarazos lleguen a término (7).

Durante la primera mitad del siglo XX los estudios *de orientación psicoanalítica* solían atribuir un gran porcentaje de casos de infertilidad, cuya causa era inexplicada, a un origen psicológico. A través de la anamnesis biográfica, la entrevista clínica y la aplicación de tests proyectivos, estos estudios tendían a desarrollar explicaciones para la infertilidad basadas en la presencia de conflictos intrapsíquicos inconscientes (sentimientos de rechazo u odio hacia la madre o al hijo que vendrá), o rasgos neuróticos de personalidad (7 - 9).

Si bien en la actualidad aún se puede encontrar autores que sostienen causas

psicogénicas para la infertilidad, sus hipótesis no han contado con evidencia empírica que las respalde.

Por otra parte, con el avance de la medicina reproductiva y la tecnología, la mayoría de los casos que antes se hubieran atribuido a causas psicogénicas hoy tienen una respuesta biológica para explicarlos y cada vez se reduce más el porcentaje de pacientes cuya infertilidad es de causa desconocida (10).

A partir de los años 80 la mayoría de las publicaciones sobre el tema, basadas principalmente en el *modelo psicosomático*, son consistentes en señalar que la perturbación emocional es más una consecuencia de la infertilidad que causa de la misma (8, 9, 11-14). En otras palabras, en la actualidad se estima que los síndromes psiquiátricos no juegan un rol significativo en la génesis de la infertilidad. Sólo dos excepciones ameritan ser consideradas: por una parte la anorexia nerviosa, la cual genera, por la significativa baja de peso, una alteración hormonal que inhibe la ovulación y, por otra, las disfunciones sexuales, como la eyaculación precoz, la disfunción eréctil y el vaginismo, las cuales imposibilitan la descendencia a través de impedir la consumación de la relación sexual.

Una tercera perspectiva enfatiza las *secuelas psicológicas* que produce la infertilidad, y ha proporcionado vasta información en el área de la autoestima, la identidad sexual, el funcionamiento social y la sexualidad. En estos ámbitos se describen grados importantes de ansiedad y depresión, sentimientos de culpa, miedos y aislamiento (8, 12, 13).

Esta última perspectiva es, probablemente, la que ofrece mayores ventajas a la hora de procurar satisfacer las necesidades de las parejas que pasan por la difícil experiencia de vida que constituye la infertilidad.

### ***Impacto psicológico a nivel individual y de pareja***

En los últimos años se han realizado varios estudios para evaluar el impacto psicológico que tiene, tanto para la pareja como para cada uno de sus miembros, el diagnóstico de infertilidad. Se ha descrito, en primer lugar, una *crisis vital*, la cual se origina en múltiples factores y genera un gran desgaste emocional para la pareja, dada su ciclicidad. Se caracteriza porque una y otra vez se repite la vivencia de esperanza (al inicio del ciclo) y fracaso (cuando llega la menstruación). En segundo término, impactan el elevado costo económico del tratamiento, el sometimiento a procesos quirúrgicos con el dolor físico que conllevan, y la invasión a la privacidad sexual de la pareja (1, 13-20).

**TABLA 2**  
**PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS REPORTADOS POR PACIENTES**  
**INFÉRTILES Y PACIENTES DE UN GRUPO CONTROL**

<i>Pacientes</i>	<i>Control</i>	<i>Valor</i> <i>p(prueba x2)</i>
------------------	----------------	-------------------------------------

Sorpresa	75, 5%	23,3%	< 0,001
Shock	62,7%	6,0%	< 0,001
Pena	37,2%	4,6%	< 0,001
Vergüenza	77,0%	19,1%	< 0,001
Desear que no fuera cierto	96,1%	21,4%	< 0,001
Rabia	73,3%	16,5%	< 0,001
Injusticia	87,2%	17,4%	< 0,001
Aislamiento	50,5%	4,2%	< 0,001
Culpa	37,4%	4,2%	< 0,001
Sentirse herido	84,4%	23,7%	< 0,001
Sentirse deprimido	77,9%	11,0%	< 0,001
Sentirse inadecuado	44,8%	4,9%	< 0,001

Fuente: Tomada de Ref. 14.

En estudios que han evaluado las alteraciones emocionales de las parejas que consultan por infertilidad se ha encontrado lo siguiente: sentimientos de inadecuación, desesperación, pena, envidia y celos hacia la mujer embarazada, miedo, pérdida de la libido, impotencia, inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa, depresión, e ideación suicida ([3](#), [14-16](#), [18](#), [19](#), [21](#)).

En un estudio llevado a cabo en Europa se vio que el porcentaje de síntomas depresivos en pacientes infértiles fue de 24,9%, en comparación con un 6,8% en un grupo control (se compararon 281 mujeres en espera de tratamientos de fertilización *in vitro* con 289 mujeres, de 24 a 35 años, sin problemas de fertilidad). Es interesante señalar que entre las infértiles los síntomas depresivos eran más frecuentes en las que habían sido sometidas a fertilización *in vitro* clásica FIV previas (33,3%), que en las que se sometían a tratamiento por primera vez (21,1%) ([14](#)).

En un estudio canadiense de más de mil parejas con diagnóstico de infertilidad, se encontraron trastornos psicosomáticos, represión de las reacciones emocionales, ocasionalmente un deseo frenético de adoptar un hijo rápidamente o de incorporarse a algún programa de fertilización *in vitro* y, excepcionalmente, de acudir a madres sustitutas. En este estudio también se constató la necesidad de apoyo psicoterapéutico individual o de pareja para ayudar a encontrar en forma apropiada el camino a seguir ([22](#)).

El fracaso es un desenlace habitual en los tratamientos de la infertilidad. Según la Red de Fertilización Asistida de Latinoamérica, conformada por 76 centros en los cuales se realizan tratamientos de fertilidad, ocurre en alrededor del 70% de los casos, dependiendo del tipo de tratamiento ([23](#)) ([Tabla 3](#)).

**TABLA 3**  
**RESULTADOS RED DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA**

---

Tratamiento	% fracaso
FIV (Fertilización <i>in vitro</i> clásica)	75,2 %
ICSI (Inyección intracitoplasmática de espermatozoides)	78,6 %
GIFT (Transferencia del gameto a la trompa de falopio)	61,0 %

---

Fuente: Tomada de Ref. 23.

Se ha evaluado a parejas después de haber fracasado en el tratamiento de fertilidad, encontrándose que en el 50% de éstas aparece alguna alteración psicológica importante. Los fenómenos emocionales detectados son muy variados e incluyen los siguientes: a) La pareja se siente incompleta sin la presencia de un hijo, lo cual le impide disfrutar su relación matrimonial. b) Disminuye o desaparece el placer en la relación sexual, ya que se asocia este vínculo sólo con propósitos reproductivos. c) No se puede hablar del problema que los aqueja, éste pasa a constituir un tema tabú. d) Se descubre que los miembros de la pareja no vivieron el deseo de paternidad con la misma intensidad, encontrándose que uno de ellos había realizado el tratamiento para satisfacer a su pareja. e) Se instaura un conflicto de poder entre los miembros de la pareja, los cuales constantemente se reprochan uno al otro la falta de disposición en la tarea de lograr tener un hijo. f) Se trataba de parejas con una relación muy simbiótica y dependientes (16).

Se dispone de escasos estudios acerca de las diferencias en las respuestas emocionales a la infertilidad entre hombres y mujeres. No obstante, se ha observado que la mujer tiende a verse más afectada. La tasa de sintomatología psiquiátrica es mayor en las mujeres infértiles en comparación con sus parejas (1, 15).

En 1996 un estudio realizado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico San Borja Arriarán (Santiago), reveló que la mujer estaba más afectada psicológicamente que el hombre (1). Sin embargo, en dicho estudio más del 60% de los portadores del problema reproductivo eran mujeres, lo cual impide obtener conclusiones confiables. En otro estudio, efectuado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en 1995, la diferenciación por sexo no pudo ser estudiada, pues hubo un escaso interés de los hombres por participar (17).

Cabe considerar que están expuestas a sufrir el impacto psicológico de la infertilidad, a nivel individual y de pareja, todas las parejas afectadas por esta alteración reproductiva. Sin embargo, los datos empíricos indican que serían más vulnerables las parejas que presentan las siguientes características: pobreza de recursos psicológicos, recursos financieros limitados, ausencia de redes sociales de apoyo, negación de la infertilidad y estilo evitativo en el enfrentamiento de los problemas (11, 13, 14).

Finalmente, es importante mencionar que los fármacos utilizados en algunos de los tratamientos de fertilidad producen alteraciones del estado de ánimo. Por ejemplo, el citrato de clomifeno utilizado en la inducción de ovulación produce irritabilidad,

labilidad emocional y aumento de los síntomas del síndrome pre-menstrual (24). A su vez, el acetato de luprolide, utilizado en la fertilización *in vitro* para la regulación hipotalámico-hipofisiaria, puede producir, entre sus efectos secundarios, depresión, problemas cognitivos (de atención, concentración y memoria) y alteraciones de la motricidad fina (25).

### ***Relación con el equipo médico tratante***

Al evaluar la necesidad de las parejas de recibir orientación por parte de los equipos de salud mental, se observa una gran desproporción entre éstas y el grado real de incorporación de este tipo de profesionales a los programas de tratamiento de la infertilidad. En Inglaterra, en un estudio realizado en 1997, el 71% de las parejas respondió afirmativamente cuando se les preguntó si les gustaría recibir orientación y apoyo emocional; sin embargo, sólo el 12% de estas parejas declaró haber recibido tal tipo de intervención como parte de su tratamiento (15).

En un estudio realizado en Escocia, en 1998, se evaluó la relación de los pacientes infértiles con sus equipos médicos tratantes. Se preguntó a los pacientes sobre la actitud del médico hacia ellos, sobre si se habían sentido escuchados, acerca de si se les había dado suficiente información sobre su diagnóstico, si encontraban que habían recibido apoyo en los aspectos emocionales de la infertilidad, etc. (26). Resulta interesante comprobar que el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la atención recibida fue significativamente mayor, estadísticamente, entre los pacientes que fueron atendidos en clínicas especializadas en infertilidad, que en aquellos que fueron atendidos en departamentos de ginecología de hospitales generales.

También se detectó una mayor satisfacción entre las mujeres atendidas en conjunto con sus parejas, aunque fuera en una sola oportunidad, que en las pacientes que nunca fueron citadas con sus parejas (26).

Más del 70% de las consultadas planteó la necesidad de tener más información sobre la infertilidad, tanto en forma verbal como escrita. Sólo un 14% relató que había recibido apoyo clínico en los aspectos emocionales de la infertilidad y un 57% señaló que le hubiera gustado haber recibido apoyo si éste le hubiese sido ofrecido (26).

Este trabajo concluye que los aspectos más destacados por los pacientes, susceptibles de ser mejorados, son: la cantidad de información y explicación recibidas, la actitud del médico, el apoyo en los aspectos emocionales de la infertilidad y la incorporación de la pareja masculina en el estudio y tratamiento (a pesar de los hallazgos sobre la importancia del factor masculino en la infertilidad, todavía se observa una tendencia a interpretar el problema como un asunto femenino (26)).

### ***Características del duelo de la infertilidad***

Syme, en 1997, describió la infertilidad, desde el punto de vista emocional y psicológico, como una pérdida. Esta pérdida se vive en diferentes fases: la primera, cuando el embarazo no ocurre cuando se suponía; enseguida, cuando se suceden los ciclos de tratamiento y éstos no resultan exitosos, y por último, cuando un

eventual embarazo culmina en un aborto ([21](#)).

La elaboración del duelo se hace más difícil en los dos primeros casos, en los que la pérdida es *invisible*. Se trata de la pérdida de un hijo que nunca se ha concebido, ni se conoce ni se ha visto, nunca se albergó en el útero y nunca nació ([21](#)).

Lo anterior acontece en una sociedad donde las expectativas de fertilidad son altas; sólo un pequeño grupo de personas escoge no tener hijos. Es muy común que en una conversación se pregunte acerca de los hijos, asumiendo que todos son padres. Con frecuencia este estigma social va asociado a mitos relativos a otras imperfecciones, como si no tener hijos se debiera a una decisión movida por el egoísmo o el materialismo ([16](#), [17](#), [21](#), [22](#)).

Las parejas infértiles sienten disminuida la sensación de control sobre sus vidas. El poder hacer lo que ellos quieren, el ser padres, les está vedado. Las mujeres a menudo sienten incompleta su feminidad ([21](#)).

A continuación se detallan las etapas por las que atraviesan las parejas infértiles, según fueron descritas por Syme. Por cierto, ellas son vividas en forma diferente por cada persona, pero son importantes de considerar en la planificación terapéutica.

1. *Paralización*: se caracteriza por estar "como zombi" o "en un túnel", muy distante de los demás. Se es invadido(a) por el pensamiento repetido de que lo sucedido no puede ser verdad, de que alguien puede haber cometido un error. Puede haber manifestaciones físicas, como pérdida del apetito o dificultad para concentrarse.

2. *Anhelo*: etapa cuyo elemento central es la gran necesidad de concretar el deseo de ser padres, un deseo que, al no poder ser satisfecho, se anhela fervientemente. Esto es reforzado por la constante exposición a artículos que ofrece el comercio: ropa de bebés, coches, juguetes, etc. Además, la pareja constata que sus amigos sí tienen hijos y que muchas de sus actividades giran en torno a ellos. Las parejas infértiles se sienten naturalmente excluidas; sienten que ellas son las únicas infértiles. Se percibe la estigmatización social, experimentan rabia, celos. Se ha visto que en esta etapa es importante la explicación médica de la infertilidad, aunque suele no ser suficiente para calmar a la pareja, ya que la rabia antes señalada es intensa, acompañándose a menudo de pena y culpa. Habitualmente, es en este período cuando se necesita empezar con un fuerte apoyo por parte del equipo de salud mental.

3. *Desorganización y desesperación*: es la etapa más larga, caracterizada predominantemente por la sensación de culpa. En algunos casos, la persona piensa que la infertilidad podría deberse a una vida sexual algo promiscua cuando joven, sintiendo frecuentemente que es un castigo. Se experimenta una sensación de falta de control, se presentan mucha ansiedad y sentimientos de soledad; muchas veces las parejas se alejan de sus amistades, lo cual es exacerbado por la estigmatización ya mencionada. Es frecuente que las personas cercanas, familiares y amigos, eviten el contacto porque les cuesta enfrentar la disconformidad y el dolor de la pareja infértil. Se sufre de pena, desesperanza; la pareja tiene la sensación de que nada ni nadie los puede ayudar; es muy frecuente la depresión. Durante este período es importante reforzar otros aspectos de la vida, como por ejemplo los laborales y los recreativos. Resulta fundamental ayudar a la pareja a trazarse nuevos objetivos,



fortalecer la red social, etc. La vivencia de aflicción está ligada a la historia y los recursos personales. Cuando los recursos internos son insuficientes el sujeto sufre más y tiene mayores dificultades para aceptar su situación. Mientras más adolescente emocionalmente, más vulnerable.

4. *Reorganización*: tiene que ver con la aceptación y reorganización de la vida personal. Toma un período de años (dos a cinco) o bien no se da nunca. Hay personas que sienten tal daño emocional que piensan que no pueden ser ayudadas y jamás algo o alguien podrá aliviar su padecer.

Los sentimientos predominantes de cada una de las etapas antes descritas se resumen en la [Tabla 4](#)

**TABLA 4  
FASES DEL DUELO EN LA INFERTILIDAD**

<i>Fases</i>	<i>Sentimientos predominantes</i>
Paralización	Schok Incredulidad Cuestionamiento
Anhelo	Reminiscencia Miedo Culpa
Desorganización y desesperación	Ansiedad, miedo  Soledad, aislamiento Desesperanza Impotencia Desesperación Depresión
Reorganización	Aceptación Alivio

Fuente: Tomada de Ref. 21.

### ***Alteraciones en la sexualidad***

Los problemas reproductivos juegan muchas veces un papel importante en el desencadenamiento de disfunciones sexuales (60%). Los métodos diagnósticos y el tratamiento médico de la infertilidad tienen un impacto negativo en los pilares fundamentales de la sexualidad: espontaneidad y privacidad ([18](#)).

La obligación de tener relaciones sexuales programadas, el efecto de ciertos

medicamentos, el estrés, las alteraciones emocionales antes mencionadas y los momentos de tensión en la pareja, son causas frecuentes de disfunciones sexuales (18).

En un estudio que comparó mujeres infértiles con las de un grupo control se encontraron diferencias significativas de mayor insatisfacción sexual en las mujeres infértiles. Un 18% de ellas atribuía su problema sexual a la infertilidad, mientras que un 37% lo adjudicaba a la pérdida de la espontaneidad en la vida sexual (25).

Las alteraciones sexuales que aparecen se pueden pedir en:

a) *Disfunción del deseo*, la cual se traduce especialmente en una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.

b) *Disfunción de la fase de excitación*, expresada especialmente en disfunciones en la erección, eyaculación precoz, falta de lubricación vaginal y/o evitación de las relaciones sexuales (18).

En un estudio realizado a un grupo de 181 mujeres infértiles, provenientes de Bélgica, Francia y Holanda, las que fueron comparadas con un grupo control, se detectaron importantes alteraciones en la vida sexual, tanto en la frecuencia y espontaneidad de la relación sexual, como en la satisfacción e interés (14), lo que se detalla en la [Tabla 5](#).

**TABLA 5**  
**IMPACTO DE LA INFERTILIDAD EN LA SEXUALIDAD DE MUJERES**  
**INFÉRTILES Y MUJERES FÉRTILES DE UN GRUPO CONTROL**

	<i>Pacientes</i>	<i>Control</i>	<i>Valor p(prueba x2)</i>
<i>Frecuencia coital</i>			
Mayor	15,6%	45,1%	< 0,001
Menor	22,3%	2,7%	< 0,001
<i>Espontaneidad en la Sexualidad</i>			
Mayor	8,5%	24,0%	< 0,001
Menor	48,1%	16,1%	< 0,001
<i>Satisfacción sexual</i>			
Mayor	5,6%	16,0%	< 0,001
Menor	20,6%	8,2%	< 0,001
<i>Interés sexual</i>			
Mayor	5,6%	29,0%	< 0,001
Menor	31,5%	8,8%	< 0,001
<i>Placer sexual</i>			
Mayor	5,4%	16,5%	< 0,001

Menor	25,7%	8,1%	< 0,001
-------	-------	------	---------

---

Fuente: Tomada de Ref. 14.

Para poder realizar el tratamiento y la prevención pertinentes hay que tener en cuenta los siguientes factores etiológicos y contextuales:

1. *Los efectos de la crisis vital*: el ser incapaz de procrear deteriora la autoimagen sexual, el hombre se siente poco viril y la mujer se percibe menos femenina.

2. *Los efectos de los métodos diagnósticos*: el sexo cambia de significado, aquello que antes se hacía por placer ahora se convierte en un trabajo; por lo tanto, las relaciones sexuales se tornan insatisfactorias. Se pierde la privacidad, lo que también dificulta la sexualidad.

De los exámenes, el test post-coital es el que más genera disfunciones situacionales de la erección. Para el hombre se convierte en una situación de evaluación de su virilidad, por lo que generalmente los contactos sexuales que preceden a este examen son vividos en un clima de tensión.

Lo mismo ocurre con la obtención de muestras de semen para espermogramas, debido a la exigencia de rendimiento, la cual, adicionalmente, es agravada porque el sujeto se encuentra en lugares de poca intimidad, como baños de hospitales o laboratorios.

3. *Los efectos de los procedimientos terapéuticos y de las técnicas de consecución de embarazo*: la sexualidad comienza a ser pautada por los períodos fértiles, generando pérdida de la espontaneidad y exigencia de rendimiento, factores que influyen negativamente sobre el desenvolvimiento sexual de las personas (18). Es bastante sabido que el estrés, la ansiedad y la depresión son factores que influyen negativamente en la sexualidad.

Los tratamientos de reproducción asistida implican una gran carga emocional, teniendo en cuenta que en ellos se busca el embarazo. En las mujeres deben tenerse presentes las alteraciones físicas y/o psicológicas provocadas por los tratamientos hormonales, los procedimientos como laparoscopías, ecografías transvaginales, aspiraciones ovocitarias. En el hombre pueden requerirse punciones en el epidídimo y/o biopsias de testículo para obtener espermatozoides, procedimiento cuya influencia sobre la sexualidad puede prolongarse en el tiempo, mucho más allá del final de la intervención (18, 27).

Respecto al tratamiento de los problemas sexuales en parejas infértiles es importante:

a) Prevenir, anticipando y dando información sobre las posibles reacciones que generalmente ocurren. Para esto es útil revisar con la pareja los recursos adaptativos que ella posee, y

b) Eliminar la presión sobre la sexualidad, trabajando la ansiedad anticipatoria, la exigencia de rendimiento y la anticipación de fracaso, los cuales mantienen la

disfunción sexual. A menudo es aconsejable dejar de lado por un tiempo la consecución del embarazo (18).

### ***Abordaje terapéutico***

En relación a la intervención terapéutica, se ha demostrado que son muy efectivos los abordajes dirigidos a aumentar las habilidades de enfrentamiento del problema. Frecuentemente ocurre que los pacientes que presentan reacciones evitativas desarrollan cuadros depresivos. La práctica clínica muestra que, en la medida que los sentimientos en relación a la infertilidad son verbalizados, disminuyen los niveles de angustia tanto en hombres como en mujeres (28).

Estos hallazgos sugieren que en el enfrentamiento terapéutico es muy útil la utilización de intervenciones de tipo cognitivo-conductual, basadas en el entendido que los problemas emocionales y situacionales a menudo son el producto de una falla en la cognición o percepción de la situación, la que puede ser resuelta desarrollando habilidades, re-aprendiendo, re-armando y modificando las suposiciones negativas que tiene la persona acerca de sí misma. Ventajas de esta modalidad terapéutica son la brevedad de los tratamientos y el que se asocie a la adquisición de otras habilidades: relajación, manejo de ansiedad, asertividad, habilidades sociales (28).

Este tipo de tratamiento se basa en reconocer la fuerte tendencia a pensar en forma autodestructiva y persigue realizar cambios al respecto. Para esto, recurre al monitoreo de pensamientos automáticos; la mediación cognitiva entre los factores sociales externos (falla en las expectativas sociales, pérdida del estatus, sensación de exclusión) y la propia imagen (aceptación de sí mismo); también se le enseña a la persona a reconocer los errores en el procesamiento de la información (28).

Igualmente, se recomienda que los tratamientos de fertilidad sean algo distanciados en el tiempo para "tomarse un descanso" entre uno y otro. No es recomendable la intervención en ciclos consecutivos por el alto desgaste emocional de la pareja (29).

Menning plantea que en el tratamiento es importante también detectar cuándo es el momento de detener la búsqueda del embarazo biológico. Esta decisión de "decir basta" no es tan simple; por un lado porque la ciencia avanza cada día y plantea nuevas posibilidades y, por otro, porque se ha visto que las parejas intentan incluso métodos no tradicionales como la acupuntura, hipnosis, astrología, etc. (20).

Éste es el momento en que aparece la posibilidad de tener un hijo adoptivo o bien constituir una familia sin hijos. Ambas situaciones deben conversarse durante el proceso y para ello es necesario mejorar la comunicación dentro de la pareja y ayudarlos a establecer un punto final (20, 29).

En 1992 se realizó, en los Estados Unidos, un importante estudio en pacientes mujeres con más de cuatro años de tratamiento de infertilidad, atendidas en un centro que incluía el apoyo emocional entregado por profesionales de la salud mental como parte integral de su trabajo. Se las comparó con un grupo control de mujeres, también infértiles, que no recibió ayuda de parte de profesionales de la salud mental. El apoyo emocional consistió en educación sobre infertilidad, terapia focalizada y adiestramiento en relajación y asertividad. A los 18 meses se observó

que las mujeres que recibieron apoyo emocional habían alcanzado la condición de madres (biológicas o adoptivas) en un número significativamente mayor que las mujeres del grupo control, que no lo habían recibido. Tomando en cuenta sólo a las madres biológicas, el porcentaje de embarazo de término fue de 54%, en comparación con un 20% en el grupo control ([11](#)).

Existen otros temas vinculados a la infertilidad que son importantes de analizar pero que, por su extensión, no se abordarán en la presente revisión. Entre ellos se incluyen las consideraciones éticas en el tratamiento de la infertilidad: la donación de gametos y la manipulación genética; el mayor riesgo de embarazos múltiples, que implican una mayor exigencia psicológica y económica para la pareja; y, finalmente, pero no menos importante, el alto costo económico de los tratamientos, lo cual impide que un amplio sector de la población de nuestro país acceda a las posibilidades terapéuticas existentes ([23](#), [30](#)).

## Conclusiones

No se ha llegado a establecer una relación causal entre las alteraciones de la vida emocional y la infertilidad, pero sí hay consenso en que frecuentemente las perturbaciones emocionales, como asimismo los síntomas psicológicos, y a veces incluso cuadros psicopatológicos, son condiciones que se ven como *resultado* del diagnóstico de infertilidad. En particular, la *crisis vital* que rodea la infertilidad y la posibilidad de abordaje terapéutico al respecto, subrayan la necesidad de la participación activa de los profesionales de la salud mental junto al equipo de medicina reproductiva. Esta participación debe incluir educación y apoyo emocional a todos los pacientes que se encuentran en estudio y tratamiento de infertilidad. El trabajo terapéutico se reserva a quienes presentan una sintomatología que requiere mayor intervención psicológica y psiquiátrica ([6](#)).

Llama la atención la desproporción entre la demanda de ayuda psicoterapéutica por parte de los mismos pacientes y la escasa cobertura existente de programas de apoyo. Esto ha llevado a la incorporación, incluso en algunos países (dictada por ley), de profesionales de la salud mental a los centros de atención de infertilidad. Pese a la escasez de estudios locales sobre el tema, la evidencia disponible sugiere que en nuestro país también se hace necesaria la implementación de equipos multidisciplinarios para tratar la infertilidad, tanto en clínicas privadas como en hospitales generales.

## Referencias

1. Furman D. Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad en hombres y mujeres chilenos. Rev Chil Obstet Ginecol 1997; 62:6-14 [ [Links](#) ]
2. Jones H. The infertile couple. N Engl J Med 1993; 2:1710 [ [Links](#) ]
3. Burt K, Hendrick V. Infertility: psychological implications of diagnosis and treatment. Women's mental health. Burt K, Hendrick V (editores). Washington DC, American Psychiatric Press, 1997 [ [Links](#) ]
4. Cooper S. Treatment strategies for the infertile couple. Boston, Psychiatric disorders associated with female reproductive function, 1995 [ [Links](#) ]

5. Feldman E. Working with couples undergoing assisted reproductive technology. Boston, Psychiatric disorders associated with female reproductive function, 1997 [ [Links](#) ]
6. Domínguez R. ¿Existen las causas psicológicas de la infertilidad? Bol Soc Chil Fert 1999; 7: 6-7 [ [Links](#) ]
7. Covington S. Historical overview of infertility counseling and models of service. Toronto, Special topics in infertility counseling: an emphasis on therapeutic interventions, 1999 [ [Links](#) ]
8. Applegarth L. The evolution of therapeutic approaches to infertility counseling. Toronto, Special topics in infertility counseling: an emphasis on therapeutic interventions, 1999 [ [Links](#) ]
9. Hertz D. Infertility and the physician-patient relationship: a bio-psychosocial challenge. Gen Hosp Psychiatry 1982; 4:95-101 [ [Links](#) ]
10. Downey J. The new reproductive technologies: psychological issues for female patients. New York, 35<sup>th</sup> Meeting of the American Academy of Psychoanalysis, 1991. [ [Links](#) ]
11. Stanton A. Stress and coping: implications for managing infertility treatment. J Soc Clin Psychol 1992; 11:1-13. [ [Links](#) ]
12. Henrick N, Kold T, Peter J *et al.* Distress and reduced fertility: a follow-up study of first-pregnancy planners. Fertil Steril 1999; 72: 47-53. [ [Links](#) ]
13. Newton C, Sherrard W. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility - related stress. Fertil Steril 1999; 72: 54-62. [ [Links](#) ]
14. Oddens B, den Tonkelaar I, Nieuwenhuysse H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems - a comparative survey. Hum Reprod 1999; 14:255-61. [ [Links](#) ]
15. Kerr J, Brown C, Balen A. The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997. Hum Reprod 1999; 14: 934-8. [ [Links](#) ]
16. Kemeter P, Fiegl J. Adjusting to life when assisted conception fails. Hum Reprod 1998; 13: 1099-105. [ [Links](#) ]
17. Miranda C, Larrazábal F, Labán P. Orientación familiar en parejas infértiles. Rev Chil Obstet Ginecol 1995; 60: 75-8. [ [Links](#) ]
18. Fernández D, Urdapilleta L. Elementos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas sexuales derivados de la infertilidad y de su tratamiento médico. Rev Med Reprod CEGYR 1999; 2: 7-12. [ [Links](#) ]
19. Fernández D, Urdapilleta L. Infertilidad: reproducción asistida y administración de recursos CEGYR 1995; 35-47. [ [Links](#) ]
20. Menning B. Infertility: a guide for the childless couple. Second edition, New York, Prentice Hall Press, 1988. [ [Links](#) ]

21. Syme G. Facing the unacceptable: the emotional response to infertility. Hum Reprod 1997; 2: 183-7. [ [Links](#) ]
22. Christie G. Some socio-cultural and psychological aspects of infertility. Hum Reprod 1998; 13: 234-41. [ [Links](#) ]
23. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. Consenso latinoamericano en aspectos ético-legales relativos a las técnicas de reproducción asistida, 1995. [ [Links](#) ]
24. Robinson G. The use of psychotropic medication during infertility treatment. Toronto, Special topics in infertility counseling: an emphasis on therapeutic interventions, 1999. [ [Links](#) ]
25. Burns L, Covington S. Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians. New York, Parthenon, 1999. [ [Links](#) ]
26. Souter V, Penney G, Hopton JL. Patient's satisfaction with the management of infertility. Hum Reprod 1998; 13: 1831-6. [ [Links](#) ]
27. Covington S. The rol of mental health professional in reproductive medicine. Fertil Steril 1995; 64: 895-7. [ [Links](#) ]
28. Hunt J, Monach JH. Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counseling. Hum Reprod 1997; 2: 187-94. [ [Links](#) ]
29. Urdapilleta L. Duelos en infertilidad. Argentina, Documento de la Asociación CEGYR, 1995. [ [Links](#) ]
30. Oyarzún E, Manzur A. Fertilización asistida: reflexiones frente a una nueva legislación. Rev Med Chile 1997; 125: 222-7. [ [Links](#) ]

 **Dirección para Correspondencia:**

Estela Palacios  
Guardia Vieja 255 of. 212  
Providencia, Santiago, Chile e-mail: [lopezpalacios@entelchile.net](mailto:lopezpalacios@entelchile.net)

Recibido: Enero de 2000  
Aceptado: Junio de 2000

**Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una Licencia Creative Commons**

***Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía***

**Carlos Silva V. #1300, Depto. 22**

**Plaza Las Lilas, Providencia**

**Santiago - Chile**

**Tel.: (56-2) 22329347 - 22342460**

**Fax: (56-2) 22319287**



[directorio@sonepsyn.cl](mailto:directorio@sonepsyn.cl)