

LA VISIÓN DE LA MUJER SOBRE SU SEXUALIDAD DURANTE EL PROCESO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

PRISCILLA BIANCHINI SALOMÃO, LUCIA ALVES DA SILVA LARA, JULIANA BENETTI SILVA BORSATTO, ANA CAROLINA JAPUR DE SÁ ROSA E SILVA, PAULA DE OLIVEIRA MORA

RESUMEN

La infertilidad afecta entre un 8% y un 15% de las parejas en todo el mundo, teniendo como causa varios factores femeninos y/o masculinos. La literatura muestra que tal condición a menudo está asociada a altas tasas de disfunción sexual tanto femenina como masculina. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo evaluar la función sexual y la calidad de vida de las pacientes objeto de investigación en el Laboratorio de Esterilidad (AEST) del Hospital de Clínicas en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HC-FMRP-USP) y en tratamiento de la infertilidad presente en el Laboratorio de Ginecología Obstetricia del HC-FMRP-USP. Esta evaluación consistió en la respuesta a cuestionarios autoaplicables (Inventario de Función Sexual Femenina - IFSF y Escala de Ansiedad y Depresión - HAD-A y D) y en entrevistas semiestructuradas con el fin de estudiar el aspecto biopsicosocial exhaustivamente. Se evaluó a cuatro mujeres que se someten

a reproducción asistida y cuya infertilidad se debe a ellas mismas o a sus cónyuges.

Palabras clave: sexualidad; infertilidad; reproducción; conducta sexual.



INTRODUCCIÓN

La infertilidad se define como la ausencia de concepción luego de un año de actividad sexual regular sin usar métodos anticonceptivos (Ferriani y Navarro, 2004).

Entre las diversas causas de la infertilidad femenina podemos mencionar los factores relacionados con las malformaciones uterinas, lesiones miometriales, cervicales, endometriales y trompas uterinas, alteraciones endocrinas e idiopáticas. Entre las masculinas se incluyen los factores endocrinos, inmunológicos, infecciosos, quirúrgicos, traumáticos, congénitos e idiopáticos (Ferriani y Navarro, 2004).

La infertilidad puede ocurrir junto con una variedad de sentimientos negativos como el miedo, ansiedad, tristeza, frustración, desvalía, vergüenza, y que a veces desencadenan cuadros importantes de estrés. Eso puede tener efectos devastadores tanto en la esfera individual como en la conyugal y puede desestabilizar las relaciones del hombre, de la mujer o de la pareja con su entorno social y traer un impacto negativo en la calidad de vida (Farinati *et al.*, 2006). Muchas parejas que pasan por esa situación de infertilidad optan por la reproducción asistida (RA) con vistas a la fecundación.

Las parejas que eligen utilizar las técnicas de reproducción asistida en virtud del factor femenino, masculino o mixto priorizan el embarazo, aunque los procedimientos requieran inversión física, económica y, principalmente, emocional.

Además de la posibilidad de éxito, la RA consiste en un proceso “mecánico” de gestar que reemplaza un evento que debería ser natural y placentero por medio del involucramiento espontáneo entre un hombre y una mujer (Montagnini *et al.*, 2009). Asimismo, la programación del coito puede interferir en la calidad de la vida sexual de la pareja (Corrêa, 2001, p.11). Esos son algunos factores que los estudios apuntan y que indican que un periodo prolongado de tiempo dedicado a los intentos para quedarse embarazada sin obtención de éxito puede desencadenar también un desgaste en la calidad del relacionamiento conyugal y sexual (Chiba *et al.*, 1997 apud Gorayeb *et al.*, 2009).

OBJETIVOS

Investigar el impacto de la reproducción asistida en la función sexual de la mujer. Evaluar la calidad de vida de la mujer que se somete al proceso de RA. Examinar la autoevaluación de las mujeres en lo que concierne a su vida sexual en el proceso de RA.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio descriptivo participaron 47 mujeres que se encontraban en tratamiento para infertilidad en el Servicio de Reproducción Humana de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (UNAERP), situada en la ciudad de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

El contacto con las mujeres lo realizó la propia investigadora responsable, personalmente, en la sala de espera del ambulatorio y consistió en un diálogo y una breve presentación del proyecto. Tras aclarar las dudas de las mujeres, la investigadora las invitó a participar del estudio, voluntariamente.

Fueron criterios de inclusión: mujeres casadas o que forman unión estable de hecho, mujeres con diagnóstico de infertilidad primaria, parejas sexualmente activas. Criterios de exclusión: mujeres que ya se quedaron embarazadas anteriormente o con diagnóstico de infertilidad secundaria, mujeres que tienen hijos adoptivos, analfabetas y con dificultades cognitivas pues éstas tendrían dificultades para, solas, contestar los cuestionarios y entender las preguntas de la entrevista. Se excluyeron a 28 mujeres y

se incluyeron a 19. De éstas, 9 no tenían disponibilidad de transporte y horario y 6 no comparecieron en la hora marcada para la entrevista. Cuatro mujeres realizaron todos los pasos que se requerían para la conclusión del estudio y presentaron diagnóstico etiológico compatible para someterse al procedimiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad por el método de inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI).

La función sexual y la condición emocional de las mujeres fueron evaluadas mediante la aplicación de instrumentos psicométricos validados en el idioma portugués.

La función sexual fue medida por el siguiente instrumento:

- *Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF)*: autoaplicable, validado para la población brasileña por Leite *et al.* (2007), formado de 19 preguntas, agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Todas las preguntas son de elección múltiple y para cada respuesta se asigna un valor de 0 a 5. Los valores se calculan por fórmula matemática y a partir de eso se obtiene la puntuación de la función sexual, que varía de 2 a 36: cuanto más pequeña es la puntuación obtenida, peor será la función sexual. Una puntuación inferior o igual a 26,55 significa riesgo para la disfunción sexual (Rosen, 2000; Pacagnella *et al.*, 2009). El estado emocional en cuanto a la presencia de ansiedad y depresión se midió por:

- *Escala Hospitalaria de Ansiedad (HAD-A) y Depresión (HAD-D)*: versión brasileña (Botega *et al.*, 1995) que consta de 14 preguntas de elección múltiple y se compone de dos subescalas para ansiedad y depresión, con siete puntos cada una. La puntuación global en cada subescala es de 0 a 21; la puntuación ≥ 8 es compatible con ansiedad y/o depresión. El cuestionario se destina a detectar grados leves de trastornos afectivos en ambientes no psiquiátricos; es muy breve y su completación, rápida: se solicita a la paciente que lo conteste con base en cómo se sintió durante la última semana. Los conceptos de depresión (centrada en la noción de anhedonia) y ansiedad se presentan por separado.

El sentimiento de las mujeres ante el proceso de RA y su función sexual se detectó mediante:

- *Entrevista semiestructurada*: las preguntas eran abiertas y su finalidad era reflexionar cómo esas mujeres construyeron o destruyeron sus ideas sobre la sexualidad durante el periodo de tratamiento. Dichas mujeres fueron estimuladas a expresarse libremente sobre la materia, con el objetivo de analizar sus discursos. Con esa técnica se buscó específicamente descubrir los posibles conflictos y dificultades sexuales que ocurrieron en consecuencia de la RA. El guión de la entrevista se compuso de cuatro preguntas:

- 1) ¿Desde hace cuánto tiempo Ud. intenta que-



darse embarazada por reproducción asistida?

2) ¿Cómo evalúa su vida sexual durante el proceso de tratamiento de la infertilidad?

3) ¿Cómo era su vida sexual antes de empezar el tratamiento para infertilidad?

4) ¿Cómo está la función sexual de su pareja?

La propia investigadora responsable aplicó la entrevista y los cuestionarios a las pacientes, de forma individual, en una sala de la Clínica Escuela de Psicología de la Universidad (UNAERP).

Cada mujer compareció a un solo encuentro. En ese día fueron entrevistadas y contestaron las preguntas. Las mujeres tuvieron un tiempo adicional para poder cuestionar libremente sobre sus posibles anhelos y expectativas en lo que concierne a su sexualidad.

Los datos que se obtuvieron durante la entrevista individual fueron transcritos y posteriormente se analizaban las informaciones que se destacaban más sobre la materia estudiada. Al fin de las sesiones se verificaba si le interesaba a la mujer recibir atención psicoterapéutica. Las pacientes interesadas fueron orientadas para buscar la Clínica Escuela de Psicología de la Universidad (UNAERP).

Ese proyecto fue sometido al Comité de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas de la Facultad

de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, certificado con el número 323 (que se presenta al fin del artículo) y todas las mujeres firmaron el Acta de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE).

La caracterización de las mujeres sobre las variables analizadas se evidencia en la *tabla 1*.

RESULTADOS

De las cuatro mujeres, dos cumplieron el criterio para trastorno de ansiedad y una alcanzó el criterio que ca-

Tabla 1. Características clínicas y antropométricas de las cuatro mujeres.

Variables	Sujetos			
	1	2	3	4
Edad, en años	35	40	36	30
Escolaridad	Segundo grado completo	Superior Completo	Superior Completo	Superior Completo
Causa de la infertilidad	Factor femenino	Factores femeninos y masculinos	Factor femenino	Factor femenino
Renta mensual	R\$ 1.800,00	R\$ 3.300,00	R\$ 5.000,00	R\$ 1.500,00
Puntuación HAD-A	8	7	4	9
Puntuación HAD-D	2	6	8	3
Puntuación IFSF	22,5	20,1	25,9	29,1



racteriza trastorno depresivo. En lo que concierne a la función sexual, tres presentaron puntuación del IFSF compatible con riesgo para disfunción sexual mientras una de ellas presentó puntuación compatible con función sexual normal. En el análisis del IFSF por dominios, sólo la puntuación relativa al dominio del dolor coital fue superior a 5, lo que indica que esas pacientes no presentan dolor durante las relaciones sexuales (Tabla 2), ya que la puntuación ≤ 5 demuestra riesgo para disfunción sexual de aquel dominio (Gerstenberger *et al.*, 2010).

Para visualizar mejor las respuestas que se obtuvieron en las entrevistas semiestructuradas,

se realizó la categorización que se presenta en la tabla 3.



Tabla 2. Dominios del Índice de Función Sexual Femenina de las cuatro mujeres.

Sujeto	Dominios						
	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dor	Total
1	2,4	3,3	3,6	4,4	2,8	6	22,5
2	2,4	2,1	3,6	2,4	3,6	6	20,1
3	3,6	3,3	4,2	4	4,8	6	25,9
4	4,8	4,5	4,2	5,2	4,4	6	29,1
Promedio	3,3	3,3	3,9	4	3,9	6	



Tabla 3. Resultado del cuestionario semiestructurado de las cuatro mujeres.

Preguntas	Sujetos			
	1	2	3	4
¿Hace cuánto tiempo que Ud. intenta quedarse embarazada por reproducción asistida?	Primer ciclo de fertilización Primer intento	Desde 2010 Tercer intento	Desde 2010 Más de un intento	Desde 2010 Tercer intento
¿Cómo evalúa su vida sexual durante el proceso de tratamiento de la infertilidad?	Empeoró (muy mala)	Empeoró (sin interés)	Empeoró (dificultad)	Normal
¿Cómo era su vida sexual antes del inicio del tratamiento para infertilidad?	Bastante activa y normal	Tranquila y normal	Normal	Buena, activa y normal
¿Cómo está la función sexual de su pareja?	Poco interés	Cauteloso y cuidadoso	Preocupado con la mujer	Normal

Comentarios de las mujeres en lo que concierne a las preguntas de las entrevistas semiestructuradas:

está fatal...muy mala... porque casi no la tenemos... (risas). [...] No tengo ganas."

Pregunta 2: ¿Cómo Ud. evalúa su vida sexual durante el proceso de tratamiento de la infertilidad?

• Participante 1, S: [mientras contesta el IFSF, se reí mucho] "Uds. no lo dicen directamente porque saben que el tratamiento dificulta eso, ¿no? Mi situación sexual

• Participante 2, L: "Nos quedamos más despistados... nos quedamos más preocupados con el tratamiento... no es la misma situación del día a día del relacionamiento... la dejamos en cuarto, quinto plano... ¡el primer plano es el tratamiento! [...] Cuando uno se somete al tratamiento y no pone mucha atención en esas cosas."

• Participante 3, M: “cambió un poco después de mi última cirugía de endometriosis... que empecé a tener más dificultad de quedarme mojada... ese tipo de cosa, ¿sí?... debido a la medicación que he tomado. El médico incluso me recetó un gel, un montón de cosas, ¿no? pero sólo ocurrió eso... pero, por cuenta del tratamiento, ¡no! Evidente que cuando lo hace y no funciona, Ud. se queda triste un tiempo y entonces no da para hacerlo.”

• Participante 4, A: “A mí no me cambió nada. Muy tranquilo así... eso no interfirió en la parte sexual. Está lo mismo que antes del tratamiento.”

Pregunta 3: ¿Cómo Ud. evalúa su vida sexual durante el proceso de tratamiento de la infertilidad?

• Participante 1, S: “En la época en la que intentaba quedarme embarazada normalmente... que no sabía que estaba con problema... hacía aún más que debía. Sin embargo después, cuando supe que tenía problema, entonces me pareció que fue disminuyendo, pero no a punto de desaparecer como ahora, en los últimos tiempos de mi ciclo de tratamiento. [...] pero era normal.”

• Participante 2, L: “Somos muy tranquilos en cuanto a eso: los dos son calmados, ninguno de nosotros tiene aquel fuego sexual, entonces trabajamos bien con eso. [...] Entonces, seguimos quedándonos cerquita, compañeros como antes, pero la actividad sexual propiamente dicha disminuyó.”

• Participante 3, M: “... creo que es normal; hay días en que uno u otro no está bien y otros días en que los dos se quedan quietos, cada uno con sus cosas, mucho servicio, mucha cosa para pensar... creo que eso es normal. Salimos, no nos quedamos en casa todo el tiempo... entonces creo que podría ser mejor, pero creo que depende de mí solamente, porque soy muy reservada, porque no charlo.”

• Participante 4, A: “¡Ah!, es una vida activa así, buena. Una vida activa.”

Pregunta 4: ¿Cómo está la función sexual de su pareja?

• Participante 1, S: “Creo que está igual a la mía, ¿sabe? (risas)... me parece que él también se olvida o, ¡yo que sé!, se acomodó [...] la vez en la que me buscó me dió aquella alergia que te dije [debido al medicamento que utilizaron], entonces se queda un poco raro, ¿no?”

• Participante 2, L: “El hombre es más de esa manera, tiene más necesidad, ¿no?, pero creo que así, creo que quizás haya más momentos en los que tuviera interés, todo... pero me respeta mucho, entonces se queda en lo propio, me lo pregunta, da unas pistas y yo resuelvo sí o no (risas).”

• Participante 3, M: “Creo que mi marido tiene miedo de hacer algo distinto... de innovar algo y que no me guste, y de pronto las cosas se queden medio así, porque soy un poco retraída en ese aspecto. Entonces creo que él hace lo que cree que me está agradando; él no intenta hacer

muchas cosas nuevas porque piensa que no me va a gustar, y quizás no me va a gustar de veras (risas).”

• Participante 4, A: “Busco más a él que él a mí, porque él se preocupa mucho con las cosas... entonces, cuando le falta dinero, ¡se olvida de él! Y a veces, cuando tiene algún problema en el empleo... ¡también se olvida de él! Le busco más que él a mí porque no consigue separar trabajo de hogar. Sin embargo, yo consigo separar esas cosas... mi “desestrés” es el momento del acto sexual, él ya no lo consigue. Cuando se queda con estrés, no hay manera.” No hubo ninguna relación con el proceso de reproducción asistida en sí mismo.

Temas libres que las mujeres verbalizaron individualmente:

- Las tres participantes que informaron que la función sexual empeoró dijeron que eso ocurrió después que empezaron el tratamiento para infertilidad.
- Todas relacionaron el mal



funcionamiento sexual con el uso de los medicamentos e, individualmente, todas mencionaron algún otro factor que lo precipitó.

• La participante 1 mencionó que se queda recelosa de someterse a un examen de ultrasonido después que tiene una relación sexual (siente vergüenza del médico).

• La participante 2 dijo que la falta de interés sexual ocurre principalmente debido al estado psicológico, porque se queda preocupada y concentrada en el tratamiento.

• La participante 3 relacionó la falta de interés sexual con la cirugía de endometriosis.

• En lo que concierne a la expectativa frente al tratamiento, todas dijeron que están optimistas y con mucha expectativa de éxito en el primer intento.

• Las tres que no obtuvieron éxito con tratamientos previos demostraron una reducción gradual de la esperanza de obtención de éxito en la RA.

• Otro aspecto que surgió durante la entrevista fue la adopción. Todas las pacientes consideran la adopción como una alternativa para el fracaso de la RA.

Todas mencionaron el autocobro como lo más significativo en esa situación, lo que produce efectos negativos como ocurre con la paciente 2 que dijo quedarse muy nerviosa y, por más que intente controlarse, el nerviosismo y la ansiedad la dominan, incluso siente dolores en la barriga. El marido también

la presiona para que haga los intentos lo más temprano posible y ella dijo que ese 'sueño' de tener el hijo le permea la cabeza pero lamentablemente hay que ser realista. La paciente 3 también comentó sobre el hecho de que no le gusta trabajar las pérdidas y que es muy competitiva, lo que aumenta su autocobro.

En cuanto a la familia, en lo que concierne a sus padres, hermanos y otros parientes, dos pacientes (1 y 3) dijeron que no sienten el apoyo de la familia por falta de libertad tanto para charlar como para contar sobre el tratamiento; sin embargo, las otras dos (pacientes 2 y 4) sintieron que podían contar con la familia.

En este sentido de exponer el tratamiento a otras personas, las participantes 2 y 3 dijeron que prefirieron preservarse y no contar sobre el proceso a otras personas (amigos y conocidos) pues de esa manera no necesitarían dar explicaciones en el caso de fracaso, incluso por la dificultad emocional que estarían pasando. Las otras dos no abordaron esa cuestión durante la entrevista.

El diálogo entre la pareja fue abordado como un factor importante. Dos participantes (pacientes 1 y 4) demostraron que tienen un buen diálogo con el cónyuge y facilidad para hablar sobre el asunto de la RA. Sin embargo, las otras dos participantes (pacientes 2 y 3) relataron que presentan una cierta dificultad para charlar con el marido: la primera por recelo de una pelea, y la segunda por considerarse muy "reservada". Tres participantes (pacientes

1, 2 y 4) dijeron que tienen momentos juntos con el cónyuge como leer un libro, ver televisión, salir para cenar y pasear. La paciente 4 relató que la pareja y ella van al balcón todo fin de tarde para charlar y "poner los puntos sobre las íes": ella cree que eso sea consecuencia de la amistad que siempre existió entre los dos. No obstante, la paciente 3 dijo que ambos hacen algunas cosas juntos, pero como el diálogo no es bueno, tuvieron dificultades para hacerlo.

En cuanto a la incomodidad por la presencia de mujeres embarazadas o con bebés y chicos, dos participantes la mencionaron y mostraron que sienten aversión a esos tipos de convivencia; dijeron que evitan esos encuentros. La paciente 1 manifestó que siente rabia cuando ve mujeres embarazadas o con chicos, así como mujeres pobres con un montón de hijos. La paciente 2 dijo que no le gusta encontrarse con colegas pues muchos de ellos tienen hijos y no le gusta ver eso, que no quería ese 'mundo'.

Por fin, tres participantes mencionaron otras influencias del tratamiento para infertilidad. La paciente 1 dijo que, además de la influencia en la relación sexual, no dejó de hacer nada de que le gustaba, salvo la bebida alcohólica que le gustaba beber a veces y ahora no puede hacerlo más. La paciente 2 dijo que por el hecho de que el marido también presenta problema de infertilidad, él se siente incapaz y muchas veces no ve sentido en tener relaciones sexuales pues "no le sirve de nada". Y la paciente 4 también mencionó la cuestión de la bebida alcohólica

(en este caso, la cerveza) que no puede tomar más y la influencia del tratamiento en su trabajo, pues tuvo que renunciar al 'empleo de sus sueños' porque la empresa está domiciliada fuera de la ciudad de Ribeirão Preto y su plan es tener un hijo.

DISCUSIÓN

La RA es un procedimiento potencialmente desgastante para las parejas tanto por su técnica muchas veces invasiva, como por la expectativa de éxito en el primer intento y con vistas a disminuir a lo largo de los ciclos en los que no se obtiene éxito. El estudio de Mahlstedt *et al.* (1987) revela esta situación al evidenciar que, en el inicio del tratamiento, un 56% de los sujetos decían que repetirían el procedimiento en el caso de que no logran el embarazo; no obstante, al fin del proceso de tratamiento, sólo un 37% seguía con esa intención de repetirlo, lo que sugiere el desgaste y la presión emocional que las parejas vivencian (Jacob, 2000).

Los datos obtenidos en ese trabajo advierten para la posibilidad de alteraciones tanto en el humor como en lo que concierne a las dificultades sexuales entre parejas infértiles, representadas por disfunciones sexuales de la mujer y de su pareja aparentemente independiente de quien sea el portador de la infertilidad. Es secular el conocimiento sobre la dinámica existente entre ansiedad y miedo para configurar culpa y depresión, factores conocidos en la literatura como asociados a las disfunciones sexuales (Viscott, 1982). El análisis de

las hablas de las mujeres parece demostrar que la desorden de humor ocurre en paralelo con la forma como cada una trabaja el diagnóstico de la infertilidad y el proceso de RA.

Todo reporta a los resultados de Viscott (1982) que alerta para la posibilidad de que sentimientos negativos se convierten en resultados positivos en el caso de que la persona encuentre una manera positiva de trabajarlos, casi siempre asociada a un modelo profesional de soporte psicológico, con la finalidad de orientar dichas pacientes para que realicen una apreciación de los propios sentimientos frente a su cotidiano. Esa autoevaluación posibilita el autococonocimiento que determina las formas como cada una trabaja la situación vivida.

La participante 4 fue la única de las entrevistadas que no presentó riesgo para la disfunción sexual en el cuestionario IFSF. Como contrapartida, esa paciente obtuvo puntuación compatible con ansiedad. No se puede afirmar que ese cuadro resultó de la condición de infertilidad, porque puede ser un rasgo personal que no interfiere en su función sexual, no obstante estudios más recientes demuestran que la ansiedad es una condición que puede coexistir con la disfunción sexual en la mujer (Burri *et al.*, 2012).

Además, en este estudio se identificó también la disminución de la esperanza de quedarse embarazada a cada

intento sin éxito, lo que posiblemente refleja en el estado de humor de esas pacientes. Otro aspecto que parece influenciar el estado psíquico es la edad, una vez que tres pacientes tienen más de 35 años, edad que se considera límite, pues a partir de la cual problemas adicionales pueden interferir en el potencial reproductivo (Meden-Vrtovec, 2004). Eso puede producir un conflicto interno que aquí se representa en el habla de la paciente 2, de 40 años: “...descubrí mi problema con 37, 38 años; entonces descubrimos que mi marido también estaba con problema, ¿no? [...] pero si lo supiera antes, seguramente ya lo habría intentado ... si supiera que de pronto tendría algún problema, tratamiento, ya lo habría hecho, porque las oportunidades serían mejores.” De esa manera, la paciente 4, de 30 años, demuestra en sus palabras más preocupación con la vida profesional conciliada con el deseo de ser madre: “...esa semana rechacé el empleo de mis sueños y la oportunidad de ganar mucho más para trabajar en un sitio que anhelaba desde hace un año... en virtud de la empresa estar domiciliada fuera de la ciudad de Ribeirão (Preto), porque tengo este plan de tener un hijo. Entonces, de esa manera, fue muy difícil para mí renunciar mis cosas...dejar de trabajar en un sitio que había anhelado siempre y todo... ¡gracias al tratamiento!”.

Un dato importante en la población de parejas infértiles es la mayor posibilidad de dificultades de relacionamiento en cuanto al diálogo con la pareja,

que igualmente mencionaron las participantes 2 y 3, y que puede haber contribuido para reducir su puntuación del IFSF. De forma paradójica, al observar las entrevistas se constata que el proceso del tratamiento tanto aproxima a la pareja en términos de afectividad y compañerismo, como la aleja sexualmente, lo que corrobora lo que registraron otros autores (Gikovate, 1996).

Otro aspecto que se observó en el habla de esas mujeres es el cambio de foco en favor de la obtención de la gestación en detrimento del placer resultante de la relación sexual. Eso está evidente en el testimonio de la participante 2: “Nosotros nos quedamos más despistados... nos quedamos más preocupados con el tratamiento... no es la misma situación del día a día del relacionamiento: la dejamos en cuarto, quinto plano... ¡el primer plano es el tratamiento [...] Cuando uno se somete al tratamiento no pone mucha atención en esas cosas.”

También se debe considerar el alto grado de dificultad para se lograr voluntarias que se disponen a participar en la investigación, ya que, de las 47 mujeres invitadas, sólo 4 han completado el estudio. Aunque muchas de ellas hayan verbalizado la importancia de tener un espacio para hablar sobre su sexualidad, la gran mayoría no compareció para hacerlo.

Eso sugiere la importancia de se conocer las razones por las cuales esas mujeres dejan de invertir en su sexualidad. No obstante, el reducido número de participantes demuestra el

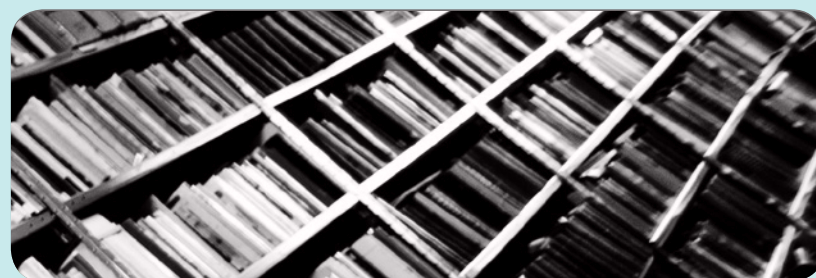
impacto negativo de la infertilidad sobre su vida sexual.

De esa manera, es fundamental que los profesionales de la salud pregunten a sus pacientes sobre su función sexual para poder identificar la posible necesidad de remisiones para áreas específicas, como la terapia sexual. De ser así, es muy importante que en las clínicas de Reproducción Humana pueda haber un equipo especializado para tratar las cuestiones emo-

cionales de las pacientes y, principalmente, que haya ese espacio para “desmistificar” las ideas que muchas veces se vuelven fantasiosas sobre el rumbo del tratamiento.

CONCLUSIÓN

En conformidad con la autoevaluación, la mayoría de las mujeres que participaron en este estudio consideró que hubo empeoramiento de su vida sexual relacionada con la infertilidad.



REFERENCIAS

- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr CG, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública [online]. 1995;29:355-63.
- Burri A, Spector T, Rahman Q. The etiological relationship between anxiety sensitivity, sexual distress, and female sexual dysfunction is partly genetically moderated. J Sex Med. 2012;9(7):1887-96.
- Chiba H, Mori E, Morioka Y, Kashiwakura M, Nadaoka T, Saito H, Hiroi M. Stress of female infertility: relations to length of treatment. Gynecol Obstet Invest. 1997;43(3):171-7. *apud* Gorayeb *et al.*, 2009.
- Corrêa MV. Novas tecnologias reprodutivas — limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.363-70.
- Farinati DM, Rigoni MS, Muller MC. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. Estud Psicol (Campinas), 2006;23(4):433-9.
- Ferriani RA, Navarro PAAS. Protocolos de condutas em infertilidade conjugal. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, 2004. p.27-48.

Gikovate F. O homem, a mulher e o casamento. In: Gaiarsa JA, Azevedo MM, Gaudêncio P, Costa M, Da Costa RP, Lipp MN, Fagundes MCF, Da Silva RT, Dos Santos AG, Gikovate F, Maroni JB, Marra ES. Vida a Dois. São Paulo: Mandarin, 1996. p.127-50.

Gerstenberger EP, Rosen RC, Brewer JV, Meston CM, Brotto LA, Wiegel M, Sand M. Sexual desire and the female sexual function index (FSFI): a sexual desire cutpoint clinical interpretation of the FSFI in women with and without hypoactive sexual desire disorder. J Sex Med. 2010;7(9):3096-103.

Gorayeb R, Borari ACT, Gomes ACR, Romão APMS, Shuhama R. Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de infertilidade. Estud Psicol (Campinas). 2009;26(3):287-96.

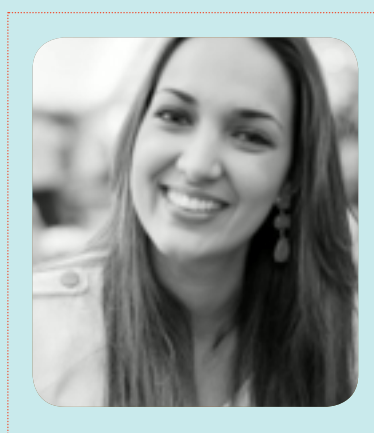
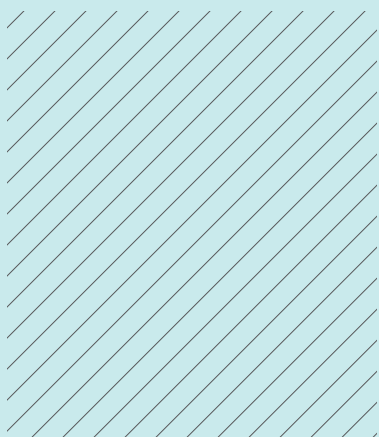
Jacob LS. Stress e ansiedade em casais submetidos à Reprodução Assistida [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho; 2000.

Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. Rev Bras Ginecol Obstet. [online] 2007;29(8):396-401.

Mahlstedt P, Macduff S, Bernstein J. Emotional factors and the *in vitro* fertilization embryo transfer process. J In Vitro Fert Embryo Transf. 1987;4:232-36.

Meden-Vrtovec H. Ovarian aging and infertility. Clin Exp Obstet Gynecol. 2004;31(1):5-8.

Montagnini MH, Blay SL, Novo NF, Freitas V, Cedenho AP. Estados emocionais de casais submetidos à fertilização *in vitro*. Estud psicol (Campinas). 2009;26(4):475-81.



Priscilla Bianchini Salomão: *Psicóloga; estudante de Master en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, situado en la ciudad de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil.*


Lucia Alves da Silva Lara: *Ginecóloga y Obstetra; Master y Doctora; Profesora del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.*

Juliana Benetti Silva Borsatto: *Psicóloga Clínica; Especialista en Sexualidad por ProSex de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil.*

Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva: *Ginecóloga y Obstetra; Master y Doctora; Profesora del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.*

Paula de Oliveira Mora: *Psicóloga y Doctora; Profesora de Psicología de la Universidad de Ribeirão Preto (UNAERP), situada en la ciudad de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil.*

Documento de aprobación del Comité de Ética en Investigación



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA
Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049- 900
Fone (016) 602-2803 - Fax (016) 3633-0946

Ribeirão Preto, 05 de maio de 2011.


Ilma. Sra.
Profa. Dra. Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva

Prezada Professora,

O projeto intitulado "Função sexual de mulheres que se encontram em tratamento para infertilidade", protocolado sob nº 323, de sua autoria foi analisado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetricia.

Informamos que o projeto foi APROVADO no dia 05/05/2011 para ser desenvolvido em nosso Departamento, devendo ser enviado à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para análise, antes do início da coleta de dados.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Antônio Alberto Nogueira
Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetricia - FMRP-USP