

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**RESPUESTAS ADAPTATIVAS DE LA MUJER EN TRATAMIENTO DE
INFERTILIDAD EN EL PLANO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al **GRADO DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA.**

JIMENA PAZ MANSILLA MILLAR

VALDIVIA – CHILE

2006

PROFESORA PATROCINANTE

Sra. María Teresa Cardemil J.
Nombre

Firma

PROFESOR COPATROCINANTE

Sr. Sergio Pavie C.
Nombre

Firma

PROFESORA COLABORADOR/A

Sra. Marta Santana S.
Nombre

Firma

FECHA DE APROBACIÓN:

INDICE

CAPÍTULOS

RESUMEN

SUMMARY

1.	INTRODUCCION.....	1
2.	MARCO TEORICO.....	4
2.1.	INFERTILIDAD.....	4
2.2.	MOTIVACIONES A LA PARENTALIDAD.....	6
2.3.	INFERTILIDAD COMO CRISIS PARANORMATIVA.....	6
2.4.	INFERTILIDAD Y DUELO.....	9
2.5.	INFERTILIDAD Y GENERO.....	10
2.6.	INFLUENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.....	12
2.7.	ALTERACIONES EN LA SEXUALIDAD.....	13
2.8.	ADHESIVIDAD A TRATAMIENTOS.....	14
2.9.	REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS.....	14
3.	MATERIAL Y METODO.....	16
3.1.	DISEÑO METODOLÓGICO Y SELECCIÓN DE LAMUESTRA.....	16
3.2.	DISEÑO DE LA MUESTRA.....	16
3.3.	DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DE ANALISIS.....	17
3.4.	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO.....	18
3.5.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	20
4.	RESULTADOS.....	21
4.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ENTREVISTADAS.....	21
4.2.	PRIMERA DIMENSIÓN: MATERNIDAD.....	23
4.2.1.	SIGNIFICADOS DE LA MATERNIDAD.....	23
4.3.	MOTIVACIONES HACIA LA MATERNIDAD.....	24
4.3.1.	AMBITO PERSONAL.....	24
4.3.1.1	PLANO PERSONAL.....	24
4.3.1.2	PLANO DE LA RELACION DE PAREJA.....	24

4.3.2.	ÁMBITO SOCIAL.....	25
4.3.3.	ÁMBITO RELIGIOSO.....	25
4.3.4.	ÁMBITO GENÉRICO.....	25
4.4.	SEGUNDA DIMENSIÓN: ACTIVIDAD SEXUAL.....	26
4.4.1.	FRECUENCIA SEXUAL.....	27
4.4.2.	PROGRAMACIÓN SEXUAL (COITAL)	27
4.4.3.	DISPAREUNIA.....	27
4.4.4.	ORGASMO.....	27
4.4.5.	SATISFACCIÓN SEXUAL.....	28
4.5.	TERCERA DIMENSIÓN: INFERTILIDAD.....	28
4.5.1.	SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LA INFERTILIDAD.....	28
4.5.2.	REPERCUSIONES INFERTILIDAD.....	29
4.5.2.1.	PERSONALES.....	29
4.5.2.2.	EN LA RELACIÓN DE PAREJA.....	29
4.5.2.3.	EN EL PLANO LABORAL.....	29
4.5.2.4.	EN EL PLANO SOCIAL.....	29
4.6.	CUARTA DIMENSIÓN: REDES DE APOYO Y MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO.....	30
4.6.1.	APOYO DE FAMILIARES Y/O AMIGOS.....	30
4.6.2.	APOYO INSTITUCIONAL.....	30
4.6.3.	MECANISMO DE ENFRENTAMIENTO.....	31
4.7.	QUINTA DIMENSIÓN: SENTIMIENTOS Y/O EMOCIONES...	31
4.7.1.	CULPA.....	31
4.7.2.	OTROS SENTIMIENTOS.....	32
4.7.3.	AUTOESTIMA.....	32
4.7.4.	RABIA.....	32
4.8.	SEXTA DIMENSIÓN: ATENCIÓN RECIBIDA.....	32
4.8.1.	INFORMACIÓN RECIBIDA.....	33
4.8.2.	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.....	33
4.8.3.	CUMPLIMIENTO DE INDICACIONES.....	33
4.8.4.	ASPECTOS A MEJORAR EN LA ATENCIÓN.....	33
4.8.5.	ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS.....	34
4.8.6.	ADOPCIÓN.....	34
5.	DISCUSIÓN.....	35
6.	CONCLUSIONES.....	41
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	46
8.	ANEXOS.....	50

RESUMEN

La investigación se centra en: conocer los significados y el imaginario psicosocial y cultural, que influyen en las respuestas en el plano de la sexualidad de las mujeres con Infertilidad. Se inició la investigación desde la hipótesis “Las respuestas en el plano de la sexualidad en las mujeres en tratamiento de infertilidad varía según factores emocionales y socioculturales.”

Se realizó un estudio de tipo instrumental, cualitativo, exploratorio, descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 5 usuarias del Policlínico de Infertilidad del Hospital Regional de Valdivia atendidas entre marzo a diciembre del año 2005. La recolección de información se efectuó mediante entrevistas en profundidad. El procesamiento de la información, se ejecutó por medio de la transcripción de las entrevistas grabadas y apuntes de las sesiones, para su posterior análisis de contenido según las categorías establecidas.

Los resultados mostraron que diversos factores se asocian a las respuestas adaptativas a la Infertilidad entre ellos: el imaginario social genérico, los significados y motivaciones hacia la maternidad, la aparición de sentimientos de connotación negativa, las redes de apoyo y los propios mecanismos de enfrentamiento frente a los problemas. Las principales alteraciones en la Salud Sexual pesquisadas en las mujeres del estudio, fueron: dispareunia, descenso de la libido y disminución del orgasmo.

Se concluye que: La infertilidad repercute en diversos planos, incluido la sexualidad, por lo que es importante generar intervenciones integrales y multidisciplinarias que aborden la problemática no sólo de la perspectiva biomédica, sino también considerando las costumbres y creencias socio - culturales de las parejas que la padecen.

Palabras Claves: Infertilidad, respuestas adaptativas, aspectos emocionales e infertilidad

SUMMARY

The investigation is centered in getting know the meaning and the psychosocial and cultural imaginary, that influence woman who have Infertility and their answers in sexuality field. The research will be inicieted based on the following hypotesis: “The answers in the sexuality field of women under infertility treatment varies according to emotional and socio-cultural factors”

The survey is of the descriptive, exploratory, qualitative, and instrumental type. The sample will be constituted by 5 infertile patients of the center of infertility of the Regional Hospital of Valdivia. They were attending the hospital from march until dicember of 2005. The harvesting of information will be performed by means of interviews in depth. The processing of information will be performed though deep interviews.

Several aspects are associated to the adaptive answers related to infertility. Amongst them you could find, in a very important way the following: the social generic imaginary, in the meanings and motivations towards maternity. The appearance of negative feelings. The support networks and their own mechanism to face problems. The main alterations in sexual health were dispareunia, descent of the libido and a diminishing of the orgasm.

The infertility influences different areas, including sexuality. There fore it is important to generate multidisciplinary and integral interventions, that undertake the problematic, not only from the biomedical perspective, but also considering the associated socio –cultural customs of the couples that suffer this problem.

Keywords: infertility, adaptive answers, emotional aspects and infertility

INTRODUCCIÓN

La reproducción, además de ser un fenómeno biológico, es una cuestión social y cultural pues, el comportamiento de los individuos está en general determinado por la sociedad en que viven, y sus conductas están regidas por determinadas normas. El embarazo, como evento crucial del proceso reproductivo, es enfrentado de diferentes formas por hombres y mujeres afectando sus vidas de múltiples maneras. Similar situación ocurre con la Infertilidad, que corresponde a la expresión de una enfermedad anatómica - funcional tanto del aparato reproductor femenino como el masculino, la que supone una situación carencial. Si bien, no compromete la integridad física de hombres y mujeres, ni supone un riesgo vital, compromete otras áreas, esta carencia puede incidir negativamente en el desarrollo de la persona, produciendo frustración y desmoralización. La sola frustración de ese deseo de maternidad o paternidad, ya constituye un impacto emocional importante.

La Infertilidad representa una de las crisis más profundas en la vida de un individuo. Dado que la mayoría de los adultos contemplan como objetivo vital esencial el tener hijos, la mayoría de estos suponen ser capaces de engendrar hijos cuando se lo propongan, esta situación carencial puede amenazar muchos aspectos de la vida de una pareja, no sólo en la mutua relación, sino también a cada uno de ellos individualmente, en sus relaciones de amistad, con la familia, en el plano laboral y sexual. Al peso emocional de la incapacidad para procrear, se suman los procedimientos, tanto diagnósticos como terapéuticos, potenciando el desgaste emocional, ya que estos requieren esfuerzo debido a que son largos, frecuentes e invasivos.

Todo lo anterior, transforma a la Infertilidad en un problema de salud pública de trascendencia. Se estima que en nuestro país entre un 10 a 15 % de las parejas enfrentan algún grado de Infertilidad. Según la OMS, un 8-10 % de las parejas experimentan alguna de sus formas y se calcula que, a escala mundial existen 50 a 80 millones de personas que sufren esta patología. Sin embargo, esta incidencia puede variar de una región a otra en el mundo, por ejemplo en Estados Unidos (10-15%), Inglaterra (10-30%). En algunas comunidades de África se han reportado cifras cercanas al 26%.(FUENTES Y DEVOTO, 2003)

En Chile, existen varios centros donde se realiza diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad pero, no todos incluyen un manejo multidisciplinario de la patología debido principalmente a la falta de recurso humano y financiero. En Santiago se centran mayoritariamente los centros más avanzados que contemplan tecnologías de punta, con tratamientos como inseminación intrauterina entre otras. A nivel local el Hospital Regional de Valdivia cuenta con un Policlínico de Infertilidad, en el cual trabaja un médico especializado en Medicina Reproductiva y una Técnico Paramédico. Aquí son recibidas, en dos ocasiones por

semana, todas aquellas mujeres derivadas del nivel primario de atención de la provincia de Valdivia que cumplan con las características de llevar un año tratando de lograr un embarazo, con vida sexual activa y sin uso de método anticonceptivo, también aquellas que presenten anomalías menstruales, o antecedentes de cirugías ginecológicas previas o antecedentes de Enfermedad inflamatoria pelviana aguda (EIPA), para realizar estudio diagnóstico. Dadas estas condiciones el manejo y tratamiento tiene un enfoque netamente biomédico.

Existen, numerosos estudios acerca de los factores etiológicos o tratamientos de la patología, y en menor número los que abordan el área psicosocial desde el enfoque cuantitativo, por lo que es necesario conocer otro enfoque como lo es el cualitativo, ya que permite explorar desde la propia perspectiva de las usuarias que es lo que sienten y lo que necesitan. Es por ello que, la pregunta de investigación formulada correspondió a: ¿La Salud Sexual de las mujeres infértiles se ve alterada por componentes psicosocioculturales? Así el objetivo de esta investigación se centró en conocer los significados y el imaginario psicosocial y cultural referido a sentimientos, actitudes, creencias que influyen las respuestas en el plano de la sexualidad de la mujer con esta problemática.

La información analizada en este estudio, permitirá generar un nuevo conocimiento en relación a la subjetividad de las vivencias experimentadas y a los diversos factores que influyen o desencadenan las heterogéneas respuestas en el plano de la sexualidad. Para la Matrona/Matrón, permitirá un área de desarrollo laboral, apoyando no sólo a las mujeres sino también a las parejas, permitirá pesquisar potenciales alteraciones en la esfera psicológica o emocional y realizar oportunas derivaciones, además de complementar la atención biomédica que hasta el momento se brinda, generando intervenciones interdisciplinarias y complementarias, favoreciendo la expresión de emociones, mejorando la comunicación y en consecuencia la adhesividad a los tratamientos para esta patología. Por último permite un acercamiento de las usuarias y parejas a otros temas referentes a la Salud Sexual y Reproductiva.

Es este contexto se han planteado los siguientes objetivos orientadores de la investigación:

Objetivo General:

- Conocer significados y el imaginario psicosocial y cultural que influyen las respuestas en el plano de la sexualidad de la mujer con diagnóstico de Infertilidad, atendida en el Policlínico de Infertilidad del Hospital Regional de Valdivia, durante los meses de Septiembre a Diciembre del año 2005.

Objetivos Específicos:

- Describir el perfil de las mujeres del estudio considerando edad, estado civil, convivencia con la pareja, escolaridad, años de convivencia, años de actividad sexual, antecedentes ginecológicos, tipo y tiempo de tratamiento, creencias, religión y redes de apoyo.
- Explorar qué variables influyen en las respuestas de la mujer durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad.
- Explorar los sentimientos y emociones experimentados por la mujer durante el proceso de estudio y tratamiento de Infertilidad.
- Describir características de la respuesta sexual de la mujer atendida en el Policlínico de Infertilidad del Hospital Regional de Valdivia durante el periodo de Septiembre a Diciembre del año 2005.
- Identificar factores biopsicosociales que influyen en la respuesta sexual de las mujeres atendidas en el policlínico de Infertilidad del Hospital Regional de Valdivia durante el periodo Septiembre a Diciembre de 2005.
- Identificar factores biológicos y psicosociales que motivan la adhesividad de las mujeres al tratamiento de Infertilidad.
- Explorar la influencia de las redes de apoyo en el enfrentamiento de la mujer a la crisis, como al proceso de tratamiento de la patología.
- Identificar los mecanismos utilizados por las mujeres para enfrentar la crisis por la eventual pérdida de la capacidad reproductiva.

Hipótesis de trabajo:

Para dar inicio al proceso de la investigación se partió de la siguiente premisa:
Las respuestas en el plano de la sexualidad en las mujeres en tratamiento de Infertilidad varían según factores emocionales y socioculturales.

2. MARCO TEORICO

2.1. INFERTILIDAD

Tradicionalmente la Infertilidad ha sido definida como la inhabilidad de una pareja para lograr la concepción o llevar un embarazo a término después de un año o más de actividad sexual no protegida por algún método anticonceptivo. (CORTINEZ, 2003)

Para algunos grupos como la European Society for Reproduction and Embriology (ESHRE), el período exigido para catalogar a una pareja como infértil es de dos años. (CORTINEZ, 2003).

La Infertilidad se pueda clasificar como:

- Infertilidad Primaria: Este término se refiere a parejas infértiles que no han tenido embarazos anteriormente (CORTINEZ, 2003)
- Infertilidad Secundaria: Corresponde a las parejas infértiles que tienen antecedente de embarazo previo, sean estos normales, abortos o gestaciones extrauterinas. (CORTINEZ, 2003).

La etiología de esta patología es muy variada, encontrándose más de una causa en un número considerable de parejas (10 a 30%).(PALACIOS Y JADRESIC,2000). En el artículo Español titulado “Esterilidad e infertilidad humana. Abordaje y Tratamiento”, un 40% de los casos son de causa masculina: por alteraciones en el ámbito testicular, obstrucción de conductos, patologías en la próstata, alteraciones en la eyaculación o erección y alteraciones en el semen. Otro 40% se debe a causas femeninas, como la menopausia precoz, la endometriosis, las obstrucciones o lesiones de las trompas de Falopio, anomalías uterinas y cervicales o los problemas ovulatorios e infecciones de transmisión sexual. El 20% restante corresponde a causas mixtas o combinadas, en las cuales ambos cónyuges son responsables. Estas cifras son muy similares a la realidad nacional ya que entre un 30 – 50 % de los casos son atribuibles a factores masculinos. En la mujer se asocia en un 30 % a problemas de disfunción ovárica y en un 20% a enfermedad tubarica o uterina. Los factores inmunológicos o problemas infecciosos constituyen un 5%, mientras que a un 20 % no se encuentra explicación. (PALACIOS Y JADRESIC, 2000)

En Cuba en el año 1999, se hizo una investigación retrospectiva de las parejas infértiles a las cuales se les había realizado el estudio estandarizado según las recomendaciones de la OMS, para describir las características clínicas y los exámenes complementarios para el diagnóstico de las mujeres infértiles, utilizando el Programa Computadorizado Dinámico de la OMS. Las parejas eran atendidas en la consulta de Reproducción en el Instituto Nacional de Endocrinología, sólo se procesaron las primeras 246 parejas que completaron el estudio, divididas en 2 grupos de 121 y 125 parejas respectivamente. Los resultados fueron los siguientes:

La edad promedio de las mujeres fue (28,45 +/- 4,59 años), concuerda con la hallada en una investigación previa realizada también en Cuba, donde se comprobó que el 85 % de las mujeres que formaban parte de una pareja infértil se encontraban por debajo de los 30 años de edad. (HERNANDEZ Y COLS, 1999)

Se ha señalado que el período de mayor fertilidad en la mujer está comprendido entre los 20-24 años de edad y que la fertilidad desciende progresivamente a medida que aumenta la edad. Asimismo se ha comentado que la Infertilidad de la mujer es doblemente más frecuente a los 35 años que a los 18 años. (HERNANDEZ Y COLS, 1999) Es muy importante señalar que por cada año de aumento en la edad de una mujer infértil, se calcula que su fecundidad disminuye en un 3%. (HUNEEUS Y COLS, 2000)

Se ha planteado que en las mujeres infértiles, la edad constituye un factor importante en cuanto a las posibilidades de lograr un embarazo, sin embargo, en el estudio "Seguimiento a las parejas infértiles durante 2 años", realizado en mujeres con edades comprendidas entre 14 y 48 años, la edad no representó un indicador de pronóstico de embarazo, pues no se encontraron diferencias significativas entre las edades de las pacientes que quedaron embarazadas (28,07 +/- 4,30 años) y las que no lo lograron (28,69 +/- 4,58 años).(HERNANDEZ Y COLS, 1997)

En cuanto a la duración de la Infertilidad, se encontró que fue de (49,40 +/- 30,13 meses). Este es un aspecto muy importante de conocer, pues se ha planteado que cuando es mayor a 3 años el embarazo espontáneo es muy improbable y se ha sugerido que la gestación es tanto más improbable mientras mayor sea el tiempo de infertilidad. (HERNANDEZ Y COLS, 1999)

En este mismo estudio, la mayoría de las mujeres presentó un patrón menstrual regular. Los trastornos asociados más comunes fueron: Dismenorrea (49.5%) Dispareunia (30.9%), EIPA(17.4%), Galactorrea (6.5%) y ITS (0.4%), Hirsutismo (3.7%) y alteración de genitales externos en un 1,6%.(HERNANDEZ Y COLS, 1999)

Dentro de los estudios útero-tubo-perineales a través de histerosalpingografía (n: 239) se identificó que en un 96.7 % se presentó una cavidad uterina normal, en un 2.5 % alteraciones adquiridas y en un 0.8% se encontró anomalías congénitas. La permeabilidad tubárica fue normal en un 84.9%, mientras que se pesquisó obstrucción bilateral en un 6.3% y unilateral en un 0.8%.(HERNANDEZ Y COLS, 1999)

2.2. MOTIVACIONES A LA PARENTALIDAD

Se han propuesto varias teorías sobre cual es la principal motivación para ser padres. La teoría social afirma que la parentalidad responde al deseo de satisfacer normas sociales. (FURMAN, 2003). Modelos antropológicos sostienen que la parentalidad es un pasaje ritual hacia la adultez, es decir, que una persona no es realmente adulta hasta que no tiene hijos. El modelo Psicodinámico, postula que el querer ser padres es un deseo inconsciente de revivir la propia niñez, como una forma de corregir o suplir las carencias afectivas que tubo la persona en la infancia. (FURMAN, 2003). Los psicólogos de orientación psicoanalítica, postulan que el hijo significa para los padres la posibilidad de la trascendencia en el tiempo. A lo que aspira el padre-madre es a que el hijo lo continúe no sólo en el cuerpo, sino fundamentalmente, en el alma, que sea portador de todo lo que han sido sus valores e ideales. La existencia de los hijos desarrollándose bien, viviendo, le permite al ser humano maduro, sentirse superando la propia inmediatez. Esta es una razón del profundo e irrefrenable, anhelo de todo adulto, de ser padre (BLANCO, s/f). Se ha propuesto que tener un hijo es un deseo instintivo, propio de la especie humana. La teoría evolutiva lo atribuye a la proyección genética. En la práctica, personas comunes y corrientes quieren tener hijos para la extensión de su propia vida, para continuar con su apellido, para tener compañía, para sentirse realizados como hombre y mujer y finalmente para proyectar su amor de pareja. (FURMAN, 2003). Para la mujer el estar embarazada es estar completa, mientras que para los varones, el embarazar a su mujer es una prueba de virilidad. (FURMAN, 2003).

En un estudio mexicano de carácter cualitativo se detectaron diversos factores asociados con la decisión de someterse a tratamientos de reproducción asistida para obtener un embarazo, este deseo de maternidad se debe, a estructura narcisista de la personalidad y las expectativas del hijo anhelado. Otros factores relevantes cuya centralidad varía caso a caso, son el género a través de lo imaginario y cultural (que relaciona íntimamente la feminidad con la maternidad) y las presiones familiares, factores que dependen de la educación y la condición socioeconómicas y cultural de las pacientes.(ARRANZ Y COLS, 2001)

2.3. INFERTILIDAD COMO CRISIS PARANORMATIVA

La experiencia de la Infertilidad puede ser tan fuerte que se ha caracterizado como una crisis vital. La manera como las personas reaccionan a eventos como este, depende de factores

internos como externos. Dichos eventos incluyen la preparación y la anticipación, comprensión cognoscitiva (interpretación del evento), salud física (comprende la capacidad para manejar el estrés), factores de la personalidad (flexibilidad y adaptación), historia de vida (éxitos logrados en circunstancias estresantes) y apoyo emocional (PAPALIA Y WENDKOS, 1997). La Infertilidad cumple con los cuatro criterios nosológicos de este concepto: es un problema que no tiene solución en el futuro inmediato, el problema no puede ser resuelto mediante recursos tradicionales, representa una amenaza a una meta vital y la situación de crisis reactiva a problemas anteriores no resueltos (FURMAN, 2003)

Por esto, está considerado como un evento de desorganización. Estos son aquellos hechos que obstaculizan el desarrollo de la dinámica familiar, y que por su naturaleza y repercusión facilitan la aparición de crisis por desorganización. (FERNANDEZ Y COLS, 2002)

Las crisis por desorganizaciones son las que se generan a partir de que se presenta en un miembro una condición de enfermedad. Este tipo de crisis aparece con frecuencia, y se considera de riesgo para la salud familiar. Se caracterizan por una desorganización en la dinámica de las relaciones interpersonales en la familia, que puede generar en sus miembros reacciones de ansiedad, depresión, irritabilidad y aislamiento. (FERNANDEZ Y COLS, 2002)

En Chile, se realizó un estudio con parejas infértiles de larga data, se les pidió que caracterizaran su vivencia de la Infertilidad. El 51% de las mujeres evaluó la infertilidad, como “la experiencia más difícil de sus vidas”, cifra muy similar al 49% tabulado en población norteamericana (FREEMAN, citado en FURMAN; 2003). Algunos investigadores han comparado la infertilidad con otras crisis vitales, MAHLSTEDT en 1987, encontró que el 63% de sus pacientes considera la infertilidad tanto o más estresante que el divorcio (habiendo vivido ambas experiencias) y que un 58% consideraba a la infertilidad como una experiencia comparada con la muerte de un ser querido.

En Cuba, se realizó un estudio con un universo de familias (constituido por 57) en las cuales existió un caso de infertilidad, diagnosticado en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico "Enrique Betancourt Neninger", durante el año 1998. Se hizo un estudio descriptivo y transversal entre los meses de enero a diciembre del año 1999. Se aplicaron 3 instrumentos, el primero para evaluar la repercusión familiar, los siguientes para evaluar las respuestas adaptativas y las redes de apoyo, las variables utilizadas fueron: tipo de Infertilidad (primaria o secundaria) y tiempo de esta. (FERNANDEZ Y COLS, 2002)

Los resultados obtenidos fueron los siguientes con relación a la repercusión y su sentido (significación) según el tipo de Infertilidad, se encontró que en el tipo de Infertilidad primaria existe igual número de familias con repercusión leve y moderada, con un 28,1 %

respectivamente, predominando siempre la significación desfavorable para un 57,9 %; mientras que en los casos entrevistados con Infertilidad secundaria primó la repercusión leve, para un 29,8 %, presentando significación negativa o desfavorable para la familia un 33,3 %. El 50,9 % de familias tuvo una capacidad de adaptación regular ante este evento, seguido por un 35,1 % con buena capacidad y sólo un 14 % se adaptó mal. Se encontró un mayor número de familias con mala adaptación en el tipo de Infertilidad primaria que en la secundaria. (FERNANDEZ Y COLS, 2002)

Según el tiempo que llevaba la pareja en estudio, se vio que en los 3 primeros años, las parejas presentaron repercusión leve en su mayoría para un 38,6 %; y cuando el tiempo en estudio superó los 3 años (de 3 a 7 años), comenzaron a presentarse familias con repercusión moderada (29,8 %) y elevada (8,8 %). (FERNANDEZ Y COLS, 2002).

En cuanto a los tipos de apoyo recibidos, con mayor frecuencia fueron el emocional y el informativo, mientras que el instrumental y el espiritual fueron menores utilizados. Las redes de apoyo más utilizadas fueron la pareja, la propia familia y las instituciones de salud. Existe correspondencia entre la capacidad de adaptabilidad familiar, el apoyo social recibido y la repercusión familiar del evento. A mayor capacidad de adaptación y mayor apoyo social recibido, menor repercusión del evento en la familia. (FERNANDEZ Y COLS, 2002). En un estudio Chileno de 2002, se averiguó la necesidad de apoyo emocional, comparando atención del sistema público y privado en cuanto a las expectativas de apoyo emocional, un 90,8% reconoció desear y estar dispuesto a asistir a reuniones donde dicho apoyo se brinde. Este altísimo porcentaje experimenta variaciones menores según el contexto de atención, observándose un mayor porcentaje en los pacientes de hospital que en la clínica privada.

La modalidad de apoyo en pareja fue la más solicitada (56%), seguida por la modalidad en grupo (15,4%). Sólo un 8,8% declaró desear apoyo individual y un 19,8% manifestó desear más de una modalidad simultáneamente. (PALACIOS Y COLS, 2002 b). En Inglaterra se realizó un estudio, cuyo objetivo fue examinar las fuentes de apoyo en los pacientes infértiles cuando presentaron problemas emocionales, y los factores que les impidieron usar la consejería. La muestra consistió en 143 pacientes infértiles (49 parejas más 45 mujeres adicionales) infértiles durante aproximadamente 6 años. Antes de su cita clínica, los participantes completaron (anónimamente) una encuesta corta que involucra varias fuentes de apoyo y factores relacionadas a la captación de counselling. Los resultados mostraron que los pacientes utilizaron frecuentemente fuentes de tipo informal como conversar el tema con él o la esposa (o), familia y amigos y usando la documentación en los aspectos emocionales de infertilidad obtenida a través de la clínica, periódicos o televisión. La razón principal que les impide a los pacientes usar la consejería varió en función al nivel de dolor. Los pacientes menos afligidos informaron que los recursos disponibles para ellos eran suficientes para cubrir con las tensiones de infertilidad, mientras los pacientes más apenados no comenzaron el contacto con un consejero debido a las preocupaciones prácticas como saber con quién ir o el costo de la consulta. (BOVIN y COLS, 1999).

2.4. INFERTILIDAD Y DUELO

La fertilidad o la Infertilidad va acompañada de muchos factores psicológicos importantes, uno de ellos es el duelo. El duelo es el proceso natural vivido por la persona que sufre y lucha anteriormente por una pérdida, cualquiera que esta sea, afecta todo su ser, tanto físico, como psicológico. Todo depende de como la persona vive y enfrenta una situación de duelo. (MACHADO, 2004)

La respuesta individual del duelo depende de varios factores importantes como:

1. Características personales como edad, sexo, religión, duelos anteriores y personalidad.
2. Las relaciones interpersonales como la cantidad de vínculos, posibilidades de comunicación. Las personas que tienen mayor apoyo social y que son invitadas a expresar sentimientos lo superan rápidamente.
3. Aspectos específicos de la situación. Esperada, repentina, dramática, grado de vinculo afectivo o importancia de lo perdido.

SYME, citado en PALACIOS Y JADRESIC; 2000, 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. La elaboración del duelo se hace más difícil en los 2 primeros casos, en que la pérdida es invisible. Se trata de la pérdida de un hijo que nunca se ha concebido, ni se ha visto, nunca se albergó en el útero y nunca nació. A continuación se detallan las etapas por las que atraviesan las parejas infértiles, según fueron descritas por Syme:

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 puede haber un error. Puede haber manifestaciones físicas, como pérdida del apetito o dificultad para concentrarse. (PALACIOS Y JADRESIC, 2000)
2. Anhelo: etapa cuyo elemento central es la gran necesidad de concretar el deseo de ser padres. 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 son las únicas infértiles. Se percibe estigmatización social, experimentan rabia, celos. Se ha visto

que en esta etapa es importante la explicación médica con respecto a la infertilidad aunque, no suele ser suficiente para calmar a la pareja. (PALACIOS Y JADRESIC, 2000)

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 presenta mucha ansiedad y sentimientos de soledad, muchas veces las parejas se aíslan de sus amistades. 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 pena, desesperanza; la pareja tiene la sensación de que nada ni nadie los puede ayudar; es frecuente la depresión. (PALACIOS Y JADRESIC, 2000)

4. Reorganización: tiene que ver con la aceptación y reorganización de la vida personal. Toma un período de años (2 a 5) o bien no se da nunca. (PALACIOS Y JADRESIC, 2000)

En Chile, se realizó un estudio para describir los principales “Aspectos emocionales asociados a la Infertilidad y su tratamiento”. Con este fin, se evaluaron 106 pacientes infértiles, 72 mujeres y 34 varones, en tratamiento en Unidades de Medicina Reproductiva de la ciudad de Santiago (Hospital Clínico de la Universidad de Chile, "Dr. José Joaquín Aguirre" y los establecimientos asistenciales privados Clínica Las Nieves y Clínica Las Condes). Se utilizó un cuestionario de 44 preguntas cerradas, distribuidas de la siguiente manera: 18 destinadas a recoger datos sociodemográficos básicos e información acerca de los tipos de tratamientos para la infertilidad utilizados; 25 de registro de sentimientos, emociones, actitudes y sintomatología en los ámbitos individual, de pareja, familiar, laboral y social; y una pregunta orientada a detectar casos con diagnóstico psiquiátrico previo, los cuales no se incluyen en el análisis. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

La constatación de sentimientos y vivencias de connotación negativa en el paciente infértil, caracterizados principalmente por inestabilidad en el ánimo 62.7%, pena 58.8%, ansiedad 57.8%, rabia 41.2%, disminución del deseo sexual 36,3, desesperanza 32.4%, envidia hacia otras embarazadas 29.4%, culpa 18.6%, disminución autoestima 14.9% y deseo de quitarse la vida en un 2%.(PALACIOS Y COLS, 2002 a)

2.5. INFERTILIDAD Y GÉNERO

Hombres y mujeres no perciben la experiencia de la Infertilidad de igual manera. La mujer vive más directamente la Infertilidad, ya que casi todos los procedimientos clínicos se realizan en su cuerpo. Además de una perspectiva sociológica, no obstante los avances

educacionales/laborales en las últimas décadas, las mujeres no tiene iguales alternativas socioculturales para su realización personal como el hombre fuera del papel parental. Por lo tanto, la no realización de la maternidad producirá en las mujeres mayor impacto emocional, mermando su autoestima y dañando su identidad femenina, entre otros desajustes afectivos. (FURMAN, 2003). Se ha demostrado que la incidencia de depresión entre las mujeres infértiles duplica la de la población femenina en general. (DOMINGUEZ, 2002). El hombre, por su parte, encuentra realización personal y prestigio social en su trabajo o en otras actividades sociales estructuradas fuera del ámbito doméstico/familiar. Como estas actividades son parte integral de la masculinidad, su identidad de género no se encuentra tan dañada como la de la mujer por no cumplir el papel parental. (FURMAN, 2003).

La identidad de las mujeres, se define con base en los atributos que la sociedad ha depositado en una capacidad biológica como es la procreación, interpretación social que reduce los espacios de interacción y limita las posibilidades de desarrollo de las mujeres como seres humanos; en esta forma, las mujeres son especializadas desde la infancia para cumplir con la encomienda de ser madres y su existencia se organiza en torno a la maternidad. Ésta se constituye así en institución fundante de la subjetividad femenina; los deseos, necesidades, fantasías e intereses que las mujeres visualizan en su ciclo de vida, se definen por las expectativas que depositan en el hecho de ser madres. (NAJERA Y COLS, s/f)

En el artículo Chileno “Psicología e Infertilidad”, se menciona que hombres y mujeres perciben la Infertilidad más estresante cuando la causa se asocia a factor masculino (DOMINGUEZ, 2001), esto coincide con el estudio Norteamericano que describe mayor nivel de tensión en términos de preocupaciones sociales, sexuales y de necesidad de maternidad de las mujeres por sobre los varones y que estos son predictores eficientes de depresión y descontento marital. (NEWTON Y COLS, 1999).

En el trabajo chileno titulado “Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad en hombres y mujeres”, también se encontró resultados similares en torno a los problemas emocionales, las mujeres presentaron un mayor score emocional, que sus parejas, aquí destaca una relación inversamente proporcional entre la edad de la mujer y el desajuste emocional, a medida que aumenta la edad, el desajuste emocional tiende a disminuir. (FURMAN Y COLS, 1997). En el 2003, en Estados Unidos se realizó un estudio que presenta resultados semejantes, tener niños era más importante para las esposas que para los maridos; Las esposas estuvieron más implicadas en intentar tener un bebé, desearon más hablar con su pareja sobre intentar tener un bebé, y experimentaron una mayor pérdida de autoestima que sus maridos. (PASCH Y COLS, 2003)

Socialmente el tema de la Infertilidad-esterilidad se asocia a la mujer, en México se realizó un estudio de carácter cualitativo en que mediante una entrevista en profundidad se observó que de un total de 5 mujeres participantes, el 80% había concurrido a algún tipo de consulta no

alópata, a ninguna de estas mujeres se les prescribió algún tratamiento para curar al esposo, sino acaso se sugirió la ingestión de alimentos identificados como afrodisíacos. La representación dominante responsabiliza a la mujer de la esterilidad; la esterilidad masculina se asocia de manera casi exclusiva a la impotencia sexual. (CASTAÑEDA Y COLS, 2001)

2.6. INFLUENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA

La Infertilidad, repercute en la relación de pareja en diversas formas y en diferentes momentos durante el transcurso de los tratamientos. La pareja debe zanjear numerosos obstáculos a lo largo de estos, como: elegir médico, resistir la presión familiar/social, solventar los costos económicos de los procedimientos, sobreponerse a sentimientos negativos superar la disrupción de los procedimientos en la intimidad, y tomar decisiones difíciles, (FURMAN, 2003). Cuando una pareja se enfrenta con la realidad de la Infertilidad o la esterilidad pueden suceder dos cosas. En el mejor de los casos y tratándose de parejas sólidas, maduras y funcionales, la pareja se dispone a buscar alternativas de solución y no permiten que la situación socave las bases de su relación. Otra posibilidad, y desafortunadamente la más frecuente, surge en la pareja una serie de emociones relacionadas con: La expectativa de ambos respecto de la posibilidad de tener un proyecto de vida con una "familia" (con hijos): hay parejas que establecen una especie de "contrato" no explícito, de que van a hacer su vida alrededor de uno o varios hijos, y se proyectan al futuro con una sola idea de lo que "debe ser" una familia. La valoración de cada miembro de la pareja respecto de su propia capacidad para procrear. Cuando cada miembro de la pareja se enfrenta con la imposibilidad de procrear, existe una tendencia a buscar "culpables". En ese sentido puede darse el autorreproche, lo que puede llevar al desarrollo de emociones como la depresión, o se puede desarrollar enojo, cuando la "culpa" se deposita en la otra persona. También el temor al rechazo de su pareja: ésta actitud surge en muchas ocasiones por la creencia de que se es "menos hombre" o "menos mujer" por la situación de Infertilidad o esterilidad. En ese sentido se pueden generar ideas de temor al "abandono" o al rechazo, lo que a su vez puede generar un ambiente defensivo u hostil en la relación. La presión social y/o familiar para que la pareja tenga hijos; hace que frecuentemente los miembros de la pareja tengan reacciones de tristeza y en algunas oportunidades hasta de agresividad, ya que llegan a un límite con la presión de la que son sujetos. En ocasiones incluso pueden llegar a "aislarse" de situaciones sociales en las que saben que pueden verse expuestos. (ESCALANTE, 2003)

En el trabajo Chileno, "Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a infertilidad y a su tratamiento", la percepción sobre la influencia de la Infertilidad en la pareja fue similar en ambos sexos (pruebas χ^2 no significativas). Según la gran mayoría de las parejas estudiadas, la Infertilidad no es un tema tabú. En efecto, sienten que pueden hablar con él(la) compañero(a) (93% de las mujeres y 91.2 % de los hombres), en cuanto al apoyo de él o la pareja se presenta en un 93.8% mujeres y 94.4 % en los varones. Se ve afectada mayormente la vida sexual que la relación de pareja 15.4%.(PALACIOS Y COLS, 2002 a)

2.7. 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 tienen un impacto negativo en los pilares fundamentales de la sexualidad: espontaneidad y privacidad. La obligación de tener relaciones sexuales programadas, el efecto de ciertos medicamentos, el estrés. La alteración emocional antes mencionada y los momentos de tensión en la pareja, son causas frecuentes de disfunciones sexuales. (PALACIOS Y JADRESIC, 2000)

Las alteraciones sexuales que aparecen se pueden dividir en:

a) Disfunción del deseo, la cual se traduce especialmente en una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales. (PALACIOS Y JADRESIC, 2000)

b) Disfunción de la fase de excitación: expresado especialmente en disfunciones en la erección, eyaculación precoz, falta de lubricación vaginal y/o evitación de las relaciones sexuales. (PALACIOS Y JADRESIC, 2000)

Muchos individuos infértiles sienten que están dañados o defectuosos y esto se extiende a su sentido de valor, autoestima e imagen corporal; no es extraño que muchos de ellos se sientan sexualmente poco atractivos, y esto los puede llevar a una disminución del impulso sexual, con menor capacidad en la respuesta sexual y menor disfrute de su sexualidad. En otros casos tratan de lograr restaurar su propia imagen a través de relaciones sexuales extramatrimoniales, llegando en ocasiones a ser muy promiscuos, esto último aunque no es lo más frecuente, debe tenerse en cuenta por lo perjudicial en sus relaciones vitales, y finalmente puede llegar a ser autodestructivo. (GONZALEZ Y MIYAR, 2001)

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

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

- Mala imagen corporal y disminución del autoestima, ambivalencia afectivo-sexual, sensación de culpabilidad de los cónyuges por la infertilidad.

Entre las alteraciones de la esfera sexual que más frecuentemente se pudieran encontrar tenemos la escasa variedad en la expresión de la sexualidad, la frecuencia aumentada de las relaciones sexuales, la frecuencia reducida de las relaciones sexuales, la disminución del deseo sexual y la anorgasmia, justificada, pues sólo se busca el fin procreativo y le restan importancia al placer, la eyaculación retardada de algunas parejas, así como también la disfunción sexual eréctil. (GONZALEZ Y MIYAR, 2001). En un artículo británico, se observó un 5% de disfunciones sexuales en las parejas observadas. Las alteraciones masculinas con mayor frecuencia hablan de pérdida del deseo y alteraciones en la eyaculación (prematura o retardada) y en la esfera femenina la pérdida del deseo, vaginismo, dispareunia y anorgasmia. Aquí también se comenta la importancia de una buena anamnesis que identifique o evalúe las características sexuales previas al diagnóstico, debido a que estos problemas pueden predecir el diagnóstico, así se evitarían numerosos invasivos y costosos exámenes. (READ, 2004)

2.8. ADHERENCIA A TRATAMIENTOS

Según un estudio mexicano, que realizó un seguimiento a 193 parejas infértiles durante 2 años, para identificar las causas de su discontinuación del tratamiento. El porcentaje de parejas discontinuadas fue similar desde la primera hasta la sexta visita; la mitad interrumpió en las 3 primeras visitas y el 90 % en las 6 primeras. Cerca de la mitad completó los 24 meses de observación, las que no lo hicieron, en su mayoría fue por embarazo. El menor porcentaje de parejas que completó el estudio fue aquel en que la mujer tenía fertilidad normal y el hombre, anormal. Se cree que una vez comprobada e informada a la mujer la existencia de una alteración orgánica del aparato reproductor, la adhesión a la investigación y tratamiento pudiera reflejar una necesidad de la paciente de reforzar su feminidad. (PADRON Y COLS, 1997)

2.9. REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS Y LABORALES

Según un estudio chileno del año 2002, la Infertilidad tiene otras repercusiones como la percepción acerca del costo económico de (los) tratamiento(s) de Infertilidad. Para un 64,6% de los pacientes esto constituyó un problema, independientemente de si los pacientes se atendían en el hospital universitario o en alguna de las clínicas particulares. Es un problema que tienden a asumir solos, sin solicitar ayuda de familiares. Un porcentaje reducido recurre a préstamos bancarios. Un tercio de la muestra refirió tener que trabajar más para asumir estos gastos (PALACIOS Y COLS, 2002 b)

En cuanto a las consecuencias de la Infertilidad en la capacidad laboral, un 23% de los pacientes que trabajaba reportó sentir que ésta había disminuido. Un porcentaje considerable (22%) manifestó tener problemas en su trabajo para asistir a los controles médicos. (PALACIOS Y COLS, 2002 b)

La bibliografía revisada señala claramente las diferentes aristas que presenta el problema de la Infertilidad. La complejidad que genera a nivel de la mujer y pareja lo hace un tema altamente atingente al que hacer profesional de un(a) Matrona/Matrón, debido a que afecta directamente a nuestras principales usuarias, las mujeres en edad fértil.

3. MATERIAL Y METODO

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO:

Es un estudio de caso instrumental, de tipo cualitativo, exploratorio, descriptivo y transversal. Se indagó la respuesta en el plano de la sexualidad de las mujeres en tratamiento de Infertilidad en el Hospital Regional de Valdivia durante los meses de Septiembre a Diciembre del año 2005.

Esta investigación, tuvo un carácter exploratorio debido a que los temas relacionados al ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva han sido poco estudiados. Transversal ya que se realizó en un tiempo único. Instrumental debido a que describió un fenómeno que será generalizado a otras poblaciones con características similares. Se eligió la investigación cualitativa, ya que proporciona una metodología, que permite comprender el complejo mundo “de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven” de aquí que, se describen los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia (DE LA CUESTA, 1997). El valor de los relatos proporcionados por las mujeres permitió ampliar el campo de conocimiento y comprensión de fenómenos tan íntimos y sensibles como los relacionados con la sexualidad y las emociones, el cómo estas se ven influenciadas por fenómenos socioculturales que afectan a la mujer en los más diversos aspectos de la vida diaria.

3.2. DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

La población a estudiar estuvo constituida por 5 mujeres pacientes del Policlínico de Infertilidad del Hospital Regional de Valdivia, que recibieron atención durante los meses de marzo a diciembre del año 2005. Este tamaño muestral aseguró tener más de un 95% de confianza. Constituyó una muestra significativa según el número de pacientes atendidas en el Policlínico de la especialidad durante el periodo comprendido entre agosto del 2003 y agosto del 2004.

Estas mujeres fueron elegidas a través de una muestra no probabilística intencionada, en la que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Diagnóstico de Infertilidad (en proceso de diagnóstico y/o tratamiento)
- Ausencia de disfunción sexual previa.

- Residencia en la ciudad de Valdivia.
- Ausencia de patología psiquiátrica previa.
- Escolaridad de al menos Cuarto año Básico.

Se realizó un proceso de pre-selección, que se inicio asistiendo las consultas de las mujeres pertenecientes al Policlínico. Luego de un breve relato del médico, en relación a las historias clínicas de las usuarias, así como de la observación de la interacción médico paciente, se les comentó los objetivos de la investigación, las interesadas en participar firmaron un consentimiento informado para posteriormente realizar el Test “Índice de función sexual” de Rosen y Cols, (Ver anexos N° 3-4). En forma simultánea se realizó una revisión de la ficha clínica para asegurarse que cumplieren con los criterios de inclusión de la investigación.

Según esto, se concertaron citas con las mujeres seleccionadas, para realizar entrevistas en sus domicilios. El estudio se inició con una muestra de 7 mujeres, todas las cuales aceptaron participar de la investigación, luego de un tiempo una de ellas desistió del interés, mientras que otra no pudo ser ubicada ni telefónicamente ni en el domicilio. Finalmente la muestra quedó constituida por 5 mujeres. Se realizaron un total de 9 entrevistas en profundidad, con un total de 2 por cada seleccionada a excepción de una, con la cual se perdió contacto por cambio de domicilio

El perfil de las mujeres estudiadas correspondió a las siguientes variables: Edad (años de vida cronológicos vividos desde el nacimiento); escolaridad (nivel de estudios realizados) estado civil (condición marital); convivencia (cohabitación o no de la pareja); años de convivencia (tiempo desde que se establecieron como pareja); ocupación (empleo en que se desempeña); años de actividad sexual, (tiempo transcurrido desde la primera relación sexual); antecedentes ginecológicos (historia previa de patologías ginecológicas); creencias (convicciones religiosas); tipo y tiempo de tratamiento (tratamientos utilizados, tiempo desde el diagnóstico).

3.3. DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Conocer el imaginario psico-emocional entendido como los factores que influyen en determinadas conductas, correspondió a la primera dimensión de este estudio, donde se quiso conocer aspectos tan importantes como significados, motivaciones hacia la parentalidad e influencia del género en esta.

La respuesta sexual entendida como una respuesta a un estímulo sexual correspondió a la segunda dimensión de estudio, donde se quiso conocer la presencia de variaciones en la

expresión de la sexualidad en estas mujeres luego del diagnóstico y/o tratamiento de la patología.

La tercera dimensión se refirió al concepto de Infertilidad, reconocer sus significados y repercusiones en planos como el personal y laboral.

La cuarta dimensión correspondió a los sentimientos y emociones, entendidas como reacciones afectivas frente a diversas situaciones, para conocer los sentimientos que se generan en las mujeres del estudio, para comprender sus reacciones y así pesquisar oportunamente patologías de la salud mental.

La quinta dimensión correspondió a las redes de apoyo que utilizan las mujeres y sus parejas. Su identificación permitió conocer cuáles son, para poder fortalecerlas.

La sexta dimensión correspondió a la adherencia a los tratamientos de infertilidad, para formular estrategias que logren aumentarla en caso que ésta fuese escasa.

En síntesis, las dimensiones que se abordaron en este proceso investigativo, exploradas mediante el relato de las mujeres, de sus experiencias y subjetividades, nos otorgarán nuevos conocimientos para generar intervenciones de tipo multidisciplinarias entre distintos profesionales de la salud.

3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS

La recolección de información se efectuó mediante una entrevista en profundidad que sirvió de guía para explorar y conocer las dimensiones antes señaladas. Este tipo de entrevista permite el surgimiento de sentidos y significados subjetivos que recuperen la particularidad del tema en cuestión (SZASZ Y LERNER, 1999). Como la temática de esta investigación abordó temas sensibles e íntimos se utilizó la entrevista en profundidad, para conocer los fenómenos o acontecimientos que no pudieron ser observados directamente. El rol de las mujeres fue no sólo revelar sus modos de ver, sino también describir qué les sucede y el modo en que otras personas lo perciben. Además la entrevista en profundidad como herramienta metodológica permitió partir del supuesto teórico que la colectividad más general puede representarse en una unidad básica.

Es muy importante el tema ético en investigaciones que tocan el tema de la sexualidad humana. Por esto, se contó con un consentimiento informado a través de la cual la entrevistada

pudo informarse con exactitud sobre la naturaleza de la investigación, además el carácter privado también fue reforzado (Ver anexo N°2). Es importante señalar que este consentimiento se solicitó durante una entrevista de carácter informal, previamente a la realización del test de función sexual Femenino y por consiguiente previo a la realización de la entrevista en profundidad

El número de entrevistas a cada una de las mujeres del estudio fue definido por el criterio de saturación de la información; En uno de los casos no se logra la saturación completa, por dificultad de concertar cita. Las entrevistas en profundidad, se realizaron con una guía temática de acuerdo a las definiciones del estudio que orientarán el proceso de entrevista, procurando no inhibir el relato de las participantes de la muestra. (Ver anexo N° 2). La duración de las entrevistas fue entre una hora, a una hora con veinte minutos aproximadamente, todas se llevaron acabo en los domicilios, donde se logro un clima de confianza y calidez. Las fechas en que se llevaron a cabo, fueron acordadas de a cuerdo a un cronograma establecido según disponibilidad de tiempo tanto de la investigadora como de las mujeres pertenecientes a la muestra.

El Instrumento a aplicar correspondió a un test para evaluar el “Índice de función sexual femenina”, creado por Rosen y Cols, establecido en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, el año 2000. Es un cuestionario que cumple con las características de ser auto administrado, simple y confiable, consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor, el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad. Esta prueba fue validada en nuestro país a través de un estudio de tipo observacional, analítico de prevalencia, aplicado a mujeres entre 20 a 59 años, con actividad sexual en los últimos tres meses y salud normal, atendidas en el Centro de Salud "Carol Urzúa" del Servicio de Salud Oriente de la Región Metropolitana. Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró que las mujeres a estudiar eran 10.223 según datos proporcionados por la Unidad de Estadística del Departamento de Programa de las Personas del Servicio de Salud Oriente. El tamaño muestral mínimo estimado fue de 331 personas, con un error máximo de 5% y con 95% de confianza. La consistencia interna de los diferentes dominios de la encuesta Test alfa de Crönbach fueron según dominio los siguientes: Deseo (0,71), excitación (0,87), lubricación (0,85), orgasmo (0,74), satisfacción (0,88) y dolor (0,85).

Las herramientas utilizadas fueron: una grabadora, cintas de audio y un cuaderno de notas. Lo que fue informado a las entrevistadas previo a la firma del consentimiento informado.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

El procesamiento de la información otorgada por la población muestral, se ejecutó por medio de la transcripción de las entrevistas grabadas y apuntes tomados en dichas sesiones, para su posterior análisis de contenido temático. Es muy importante el tema ético en investigaciones que tocan el tema de la sexualidad humana. Por esto, se contó con un consentimiento informado sobre la naturaleza de la investigación, además el carácter privado también fue reforzado (Ver anexo N° 2). Es importante señalar que este consentimiento se solicitó durante una entrevista de carácter informal, previa a la realización del test d función sexual Femenino y por consiguiente previo a la realización de la entrevista en profundidad.

La transcripción de la información se realizó fielmente a lo señalado por las entrevistadas, posteriormente, se entregó una copia a las participantes para reforzar la transparencia y seriedad de la investigación. Luego de lo cual, se procedió a reducir la información por medio de las categorías y subcategorías establecidas previamente, con el fin de poder realizar comparaciones y posibles contrastes, entre los datos obtenidos. Para continuar con la codificación axial, en donde se interpretaron los resultados obtenidos. Para triangular la información obtenida se utilizó el cruce de fuentes, a saber, fuentes primarias (entrevistas en profundidad) y fuentes secundarias (fichas clínicas y revisión de literatura especializada de diversos autores).

4. RESULTADOS

Los relatos escuchados y la información recolectadas, dan cabida a los siguientes resultados:

4.1. ANTECEDENTES SOCIO DEMOGRAFICOS Y GINECO-OBSTÉTRICOS DE LAS ENTREVISTADAS

El rango etáreo de las entrevistadas, fluctuó entre los 23 y los 37 años, siendo de 24,6 años la edad promedio.

La escolaridad varió desde, Educación Media completa a Educación Técnica Superior, factor que condicionó diferencias en el modo de expresarse, presentando mayor dificultad las usuarias con educación media completa.

En cuanto a las actividades que desarrollan, todas tienen a cargo las labores del hogar, además de otras ocupaciones fuera de éste. La diferencia se marcó en el caso de la usuaria que desempeña labores de Técnico Paramédico, ya que presentaba mayores conocimientos en relación a la Infertilidad como a sus procedimientos. Se destaca además, que esta usuaria es la con mayor tiempo de permanencia en el Policlínico.

Con respecto a la variable estado civil, cuatro manifestaron tener relaciones de pareja estables, con años de convivencia que fluctúan entre los dos y medio y once años. Existiendo una usuaria soltera. La pareja fue un factor común como red de apoyo durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la patología, antecediendo a familiares y /o amigos. En el caso de la usuaria soltera, cabe destacar que estuvo apoyada por él durante gran parte de su tratamiento en el policlínico.

Otro aspecto en que coinciden las usuarias es en el plano de la religión, donde cuatro de ellas profesan la religión católica y una la evangélica, la religión no produce diferencias en cuanto a los significados y en el deseo de la maternidad.

Para proteger la identidad de las entrevistadas, sus nombres fueron reemplazados con letras.

Los perfiles de las entrevistadas seleccionadas se resumen en la tabla N°1:

TABLA N° 1: PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

	A1	A2	A3	A4	A5
Edad	37 años	30 años	24 años	23 años	29 años
E. Civil	Soltera (separada)	Casada	Conviviente	Conviviente	Conviviente
Escolaridad	Técnico completo	Técnico completo	Media completa	Técnico completo	Media completa
Actividad	Técnico Paramédico	Secretaria, comerciante	Dueña de casa	Técnico forestal	Asesora del hogar
Años de convivencia	4 años	10 años	3 años	2 años y medio	11 años
Religión	Católica	Evangélica	Católica	Católica	Católica
Redes de apoyo	Familia, amistades	Pareja, familia	Pareja, familia	Pareja, familia	Pareja, familia

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos, la muestra se constituye por 3 mujeres con Infertilidad primaria y 2 mujeres con Infertilidad secundaria, característica que marcó diferencias principalmente en el significado y motivaciones hacia la maternidad, ya que en los demás aspectos presentaban similitudes en los relatos.

TABLA N°2: ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LAS ENTREVISTADAS

	A1	A2	A3	A4	A5
Años de Act. Sexual	18 años	11 años	5 años	4 años	12 años
Ant. Ginecológicos	Aborto (1995) 2 E. ectópicos	PTVE 1996	(-)	(-)	PTVE1994
Tipo de infertilidad	Secundaria	Secundaria	Primaria	Primaria	Secundaria
Tiempo de tratamiento	5 años	4 años	2 años	5 meses	5 meses
Tipo de tratamiento	Quirúrgico	Quirúrgico	Hormonal	Hormonal	En estudio

Mayor información de los antecedentes sociodemográficos e historias clínicas. (Ver anexo N°: 5)

4.2. PRIMERA DIMENSION: MATERNIDAD

4.2.1. Significados de la maternidad:

La primera dimensión analizada corresponde a la Maternidad, se estudió el significado, las motivaciones y las presiones sentidas y/o vivenciadas hacia ésta.

El concepto de Maternidad utilizado es el de TUBER citado en ARVELO, 2004 en el cual, esta experiencia es vista como algo ni puramente natural ni exclusivamente cultural, que compromete tanto lo corporal como lo psíquico consciente e inconsciente, participa de los registros real, imaginario y simbólico. Se realizó una división de las respuestas en dos grupos: mujeres con Infertilidad primaria (mujeres que no han podido embarazarse o llevar a término un embarazo) y otro grupo con Infertilidad secundaria (mujeres que han logrado llevar a término un embarazo, en este caso 2 participantes con un hijo cada una).

Los significados que se atribuyeron a este concepto son los siguientes:

Para las primeras, el llegar a ser mamá corresponde a uno de sus principales sueños e ilusiones en la vida, el logro de esta meta se traduce en completar un todo, permitiéndoles sentirse mujeres completas y realizadas en los planos personal y familiar.

“es lo más grande, ha sido mi ilusión todo estos años alguien que sea parte de ti del amor que tienes o tuviste con tu pareja es el fruto de eso y de tus esperanzas de tu ser mujer, es un sueño que no he podido cumplir”

“Es mi sueño a mi me gustaría tener tanto una guagüita para tener familia propia, ahora que vamos a tener nuestra propia casita tengo mis esperanzas en que me va a llegar una guagüita”

En el caso del segundo grupo, el haber logrado ser mamás correspondió al evento más importante que han vivido, aunque una de ellas lo relaciona con molestias o con trabajo *“andar así con una guata, después cambiarle paños al cabro chico como le digo yo, despertar en la noche, hacerle la papa”* coinciden en que *“creo que es lo más importante y más maravilloso que le puede pasar a una mujer”*, si bien en ambos casos fue de manera no planificada. Esto ha significado cambios en la manera de ver la vida, madurez *“Trae consigo*

compromiso y responsabilidad, es alguien por el que tienes que luchar.” Cambio de prioridades en la vida “antes de tener mi hijo era yo, yo , yo y yo después que nació mi hijo yo quede como en el quinto lugar”. Acá se puede denotar una postergación de la mujer para dejar en un primer lugar al hijo, cambios en el entorno y un crecimiento en la pareja “lo único bueno que me ha pasado es mi bebé “” fue algo maravilloso ser mamá ver a mi hijo ,tenerlo en mi guatita desde que se empezó a mover en mi guagüita sentirlo que era como una parte mía era algo de mi, como que nadie me lo podía quitar, que era sangre de mi sangre, que lo iba a cuidar dependía de mi que yo tenia que cuidarlo durante toda su vida”.

En ambos grupos se puede ver la maternidad como un concepto lleno de simbolismos, para las mujeres con Infertilidad primaria el logro de la maternidad constituye una meta de vida el ser completamente mujeres según los estereotipos de género, además de la consolidación del amor de pareja y la formación de una familia. Esto se ve reafirmado con el segundo grupo, además se le adiciona cambios reales e imaginarios vividos, representados con la madurez, responsabilidad, crecimiento personal.

4.3. MOTIVACIONES HACIA LA MATERNIDAD:

En cuanto a las motivaciones hacia la Maternidad, la literatura revisada describe diversas teorías entre ellas: Teoría Social, Modelos Antropológicos, Psicodinámico y Evolutivo. Entre las mujeres del estudio, se señalaron múltiples motivaciones hacia la maternidad principalmente en relación a modelos antropológicos – evolutivos y sociales, ya que la maternidad es vista como un puente hacia el crecimiento y realización en diversos planos tales como:

4.3.1. Ámbito personal:

4.3.1.1. El plano personal : *“tener hijos es lo más grande lo que más deseo” “tengo edad suficiente, he hecho todo lo que he tenido que hacer antes y ahora me siento preparada para tener mi hijo”*

4.3.1.2. El plano de la relación de pareja: *”yo quería tener un bebé de mi pareja, quería algo que nos uniera más allá del estar juntos” ” mi hijo ya tiene 9 años y esta grande, siento esa ansiedad de tener otro bebé, pensamos que ahora sería distinto el proceso, llevamos 10 años casados como que en parte ya nos conocemos, entonces sería como otra etapa, tener otro hijo sería como más bonito, estaríamos más preparados”.*

4.3.2. **Ámbito social:**

Además de manera no explícita, el satisfacer estereotipos sociales y presiones familiares está presente en todos los casos, constituyendo parte de la teoría social, ya que todas las entrevistadas han sentido este tipo de presión verbalizada por parte de familiares y/o amigos(as) son frecuentes frases que “tiran como tallas” como: *“ya po’ tu cuando vas a tener guagua”, “ cuando te vas a poner las pilas” “siempre están ahí preguntando y cuando y cuando el hermanito, a mi hijo le dicen le falta el hermanito, está grande está muy sólito”* “*que estas esperando , te estas poniendo vieja*”, por otro lado esta la presión no verbalizada, el hecho o la comparación con otros familiares cercanos, tanto de estos como de ellas mismas *“que tu prima tuvo, que tu tía tuvo, que todo el mundo tuvo. En mi familia fue de maternidad prematura”, “Yo me siento mal porque todos mis hermanos, primos todos tienen hijos, yo soy como de las únicas que no tienen hijos”, “Me parte el corazón , yo me siento mal ya que todos mis hermanos, primos, ya todos tienen hijos”*; Frente a lo cual las entrevistadas tienden a disimular su molestia *“trato de estar contenta, por dentro me siento súper mal, no le doy importancia, pero en el fondo me siento mal”*.

4.3.3. **Ámbito religioso:**

Otro ámbito que se menciona hacia la maternidad es el religioso, las entrevistadas creen que existe una presión de la iglesia para formar familia *“ cuando se casan dicen que es para formar familia”*, consideran muy difícil el formar y consolidar una familia sin hijos, pero particularmente sienten que no han vivenciado esta presión en forma particular, sino que para muchas existe una relación directa , autoimpuesta entre lo que Dios quiere para ellas y lo que están viviendo *“Dios manda hijos cuando el quiere no cuando uno quiere”, “me refugio mucho en Dios, siempre he pensado que Dios es consuelo y por lo mismo me consuela, pienso que tu vida esta hecha así, por algo”* ” *tengo que ir a la iglesia quizás Dios esta enojado conmigo, porque no voy a la iglesia , yo soy católica pero no soy fanática de ir todos los domingos a rezar(...)a lo mejor me está castigando.. me porte mal ¿qué he hecho?”*

4.3.4. **Ámbito genérico:**

La identidad de género entendida como: red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian al hombre de la mujer mediante un proceso de construcción social que tiene una serie de aspectos distintivos (ARVELO, 2004). La identidad de género, constituye también uno de los factores más importantes en las respuestas de estas mujeres frente a la Infertilidad. Dichos constructos, se encuentran demasiado arraigados en el inconsciente colectivo, es por esto que todas las entrevistadas coinciden en que existe presión de género hacia la maternidad y/o paternidad, presentándose discrepancias en cuanto a si es mayor para mujeres o para los hombres. Para la mayoría de las entrevistadas, existe una relación directa entre el logro de la maternidad y la realización personal como “mujeres” , si bien señalan que *“un hijo no hace una mujer”* también manifiestan que *“una mujer no se hace solamente con tener un hijo sino con muchas cosas..*

Saliendo adelante por sí sola, siendo fuerte, enfrentando todos los problemas". A pesar de estos dichos, se contradicen señalando que se sienten mujeres "incompletas o insuficientes" que no están cumpliendo con un rol fundamental el de ser madre "*la mujer de por sí debe tener un hijo*" "*como se dice la mujer nació para ser madre*". "Es lo único que me falta para ser mujer, la realización completa" es importante señalar que este vacío puede provocar trastornos que merman la autoestima de estas mujeres provocando diversas alteraciones a su salud mental.

En cuanto a la presión de género, hacia los hombres, sólo una de las entrevistadas cree que es mayor para ellos "*todavía estamos en una sociedad machista donde regularmente un hombre que no tiene hijos es poco() más es considerado que no es hombre o sea ehh los hombres para realizarse totalmente poco más tienen que andar regando hijos por todas partes lamentablemente todavía es así hay gente que piensa que es así no y que el hombre ósea puede dejar los hijos tirados y seguir con su vida total es hombre... entendis*"

4.4. SEGUNDA DIMENSIÓN: ACTIVIDAD SEXUAL

La segunda de las dimensiones analizadas, habla de la actividad sexual, que es entendida como: caricias, juegos y relaciones cóitales. Luego de transcribir y analizar las respuestas se compararon con las obtenidas a partir del test "Índice de Función Sexual Femenina de Rosen y Cols", donde se encontraron resultados coherentes con los expresados en las entrevistas.

Como señala la literatura, los problemas reproductivos muchas veces juegan un importante papel en el desencadenamiento de alteraciones en el plano de la sexualidad, ya sea por los procedimientos a realizar, relaciones sexuales programadas, efecto de medicamentos, stress, autoestima etc. En el caso de las mujeres del estudio, se les preguntó como percibían su actividad sexual previa al inicio de controles en el Policlínico de Infertilidad, todas coincidieron en calificarla como "normal" concepto que relacionaron directamente con la frecuencia del coito por sobre la satisfacción.

Para las parejas que viven con esta problemática, frecuentemente se pueden encontrar cambios como: escasa variedad en la expresión de la sexualidad, frecuencia aumentada o disminuida, disminución del deseo sexual y la anorgasmia. En este estudio, los resultados arrojaron que en relación al deseo o impulso sexual existen discrepancias en las respuestas, para tres de ellas se ha mantenido sin variaciones "*siguen igual, harto, es que tengo que aprovechar, es que él viene una vez al mes*" "*siempre habían ganas ,yo trate de no asociar las cosas eso se mantuvo mas o menos igual*" mientras que para dos de ella, este deseo disminuyó "*no soy tanto de como hoy quiero tener ganas, a veces de las tres veces yo seré una*" esto lo asocian directamente con el estado anímico que se ha modificado a partir de este problema y con el cansancio producto de las actividades diarias.

4.4.1. Frecuencia sexual:

En el plano de la frecuencia sexual, que fue entendida como: número de veces que tenían actividad sexual (coito) por semana, en la muestra varió de 3 a 5 veces por semana, no se manifestaron variaciones asociadas al deseo de la concepción de un hijo(a), sino más bien en solo una de las entrevistadas se revela un aumento de frecuencia en el contexto de contar con espacio propio (casa) en el cual logran tener mayor intimidad.

4.4.2. Programación sexual (coital)

En el caso de la programación sexual (coital), la mayoría de las entrevistadas la calificó como espontánea *“al contrario siempre esperé que fuera espontáneo a tener que estar esperando todos los meses para mí eso es programación() no yo esperaba que en algún momento se diera”* Es importante destacar que todas tienen nociones en relación a cuáles son sus días fértiles en el ciclo menstrual, refieren no guiarse por motivos de irregularidad o de mayor stress, para una de las entrevistadas esta medida constituye un buen método para *“encontrar resultados”*

4.4.3. Dispareunia:

El dolor o dispareunia es uno de las alteraciones características que presentan las mujeres, en el caso de las entrevistadas la mayoría manifestó haber sentido dolor alguna vez, pero no es algo frecuente, sólo una de las entrevistadas relató la presencia de dolor como algo inherente a su actividad sexual que ha ido en aumento en el último tiempo sin influir en la frecuencia de la actividad sexual sí en la libido. *“Sí obvio...durante todas las relaciones, no tanto si, ahora último. Ósea antes igual pero ahora es más, como más es más... cachai.”*

4.4.4. Orgasmo:

El orgasmo para la mayoría de las entrevistadas fue mencionado como algo que ocurre sólo en algunas ocasiones, *“ más de la mitad de las veces”*, esto relacionado directamente con el estado anímico que estén presentando. Este punto, fue el que obtuvo un promedio de score más bajo en la aplicación del test (Índice de función femenina de Rosen Y cols). Para una de las entrevistadas, constituye un punto que provoca temor, debido a que existen diferencias de percepción con su pareja *“ él dice que no me siente acabada ...Ehh que no sé porque no me siente yo, si me siento, pero no sé ahí cual será el problema, a lo mejor los mismos nervios o estoy desconcentrada cachai no se igual”.* *“ Antes por lo que me dice él me sentía más que ahora, yo creo que ahora lo mismo que tengo aquí todos los días mucha desconcentración eso yo creo que estoy pensando en otra cosa”* Destaco de este hecho que esta usuaria es una de la que ha manifestado mayor inestabilidad anímica en el último tiempo.

4.4.5. Satisfacción sexual:

El tópico de la satisfacción constituye un punto de concordancia entre todas las entrevistadas, a pesar de algunas molestias todas se sienten satisfechas en el plano de la sexualidad, resultado que obtuvo los mejores scores en el test aplicado.

4.5. TERCERA DIMENSIÓN: INFERTILIDAD

La Tercera dimensión analizada corresponde a la Infertilidad, sus significados, los conceptos o ideas asociados y sus repercusiones tanto personales, sociales como laborales.

4.5.1. Significados asociados a la Infertilidad:

El significado que se le atribuye a una patología como está es ciertamente subjetivo, este “padecer” entendido como dimensión sentida y vivida subjetivamente, se construye a partir de representaciones prácticas socio culturalmente condicionadas.(CASTAÑEDA Y BUSTOS, 2001) es considerada una crisis debido a que cumple características nosológicas de esta, ya que es un problema que no tiene solución en el futuro inmediato, no puede ser resuelto mediante recursos tradicionales, constituye una amenaza a una meta vital y puede gatillar problemas previos no resueltos. Es por esto que las historias de vida de las entrevistadas juegan un papel importante en el significado y la connotación que estas le atribuyen, las respuestas son variadas mientras para una *“no tiene significado ni bueno ni malo”*(debido que está en tratamiento para complacer deseos de paternidad de la pareja) para otras, la mayoría, esta etapa es calificada como “difícil”. Los significados que le atribuyen van directamente relacionados con los procesos que van viviendo durante el proceso. Al comenzar un tratamiento esperan con ilusiones, esperanzas, milagros, además de sentimientos de connotación negativa como tristeza y pena al no ver resultados favorables porque *“pasas por todos los procesos...la pérdida de un hijo es una herida muy grande, aunque tu no lo hayas tenido está la idea de que lo vas a tener, que vas a convertirte en mamá”*.

Al pedirle a las entrevistadas que asociaran el concepto Infertilidad con otros que tuvieran significado para ellas, la asociación principal se establece en relación a las características de la tierra, el hecho de no lograr tener un hijo(a) las hace sentir como un “desierto”, *“ya que no se dan plantas, el sol te quema, no hay nada , es difícil a menos que cuentes con un oasis”*, el que simboliza las esperanzas de éxito en los tratamientos , *“ te sientes como si estuviera seca”*. *“De partida la palabra infertilidad es fea, parte de ahí no puedes plantar donde hay infertilidad no te va a dar nada, es probable que nazca algo... se te va a morir igual”*, otro concepto señalado es *“la carencia de fuerza de materiales para poder crear”* en asociación directa a los problemas médicos de una de las pacientes. Otra alusión a la naturaleza fué la asociación de las personas infértiles con las mulas *“dicen que las mulitas no tienen mulitos chicos”* asociación que existe desde tiempos precolombinos.

Aspectos emocionales como pena, ilusión, mal genio depresión y sensibilidad; Además de confianza, apoyo, pareja, médico y tratamiento también fueron señalados en clara alusión a lo vivido durante este periodo.

4.5.2. Repercusiones infertilidad:

4.5.2.1. Personales: En cuanto las repercusiones personales de la Infertilidad, para cuatro de las entrevistadas correspondió al “evento más estresante que han vivido” comparándolo directamente con la separación de los padres, fallecimiento de seres queridos, alejamiento del hogar, solo una señaló ser su problema número once “es un problema más” La importancia que le atribuyen en algunos casos es que *“es un problema que aun no se puede resolver”*. La otra repercusión encontrada es sin duda la percepción de rol femenino deteriorado.

4.5.2.2. En la relación de pareja: La relación de pareja también se vé afectada por la Infertilidad, según Escalante, 2003 existen dos caminos en el mejor de los casos y lo menos frecuente en parejas sólidas buscan una solución, mientras que un número considerable tienden a la separación. En el caso de las entrevistadas se obtuvieron resultados discrepantes, sólo una puso fin a una relación de pareja de cuatro años, durante su permanencia en el Policlínico, asociándolo a otros motivos; sin descartar cierta influencia indirecta de la Infertilidad en la separación. Para las demás parejas la solidez de sus relaciones según sus propias palabras se basan en la comunicación y la confianza *“con mi esposo nos llevamos bien, hay harta confianza siempre conversamos las cosas ”* *“nos contamos todo porque si no hay comunicación o no hay confianza no hay nada es lo principal.”*, aunque se reconoce cierto temor en que esta situación pueda prolongarse en el tiempo , esto en especial en la mujeres con infertilidad primaria *“hasta ahora no he tenido problemas con mi pareja...., “*

4.5.2.3. En el plano laboral: Las repercusiones en el plano laboral presentan discrepancias entre las mujeres estudiadas , para una el trabajar constituye una motivación ya que dentro del trabajo tienen un red de apoyo, en otros casos les permite estar ocupadas en algo diferente a los quehaceres del hogar les da ánimos y les permite olvidar *“ahora como estoy trabajando como que se me olvida un poco el tema, pero cuando estaba sin trabajo estaba ahí siempre”* *“es algo que te acuerdas todos los días o cualquier problema que ves en la tele te afecta harto, ves algo parecido a lo que te esta pasando a ti”* para otra la más afectada emocionalmente su estado ha influido en su motivación para trabajar en forma negativa *“hay días en que no quieres trabajar, como que quieres quedarte acostada y no saber nada”*.

4.5.2.4. En el plano social: Las repercusiones en el plano social, lejanía de amigos o familiares en la mayoría de los casos no fue señalada como una consecuencia de la infertilidad, sino que se mencionan otros motivos como trabajo o consolidación de la pareja. Sólo una de las entrevistadas refiere cierta lejanía hacia sus hermanos *“de repente ellos están con sus hijos y yo no puedo de repente por eso me he aislado de mi familia”*

4.6. CUARTA CATEGORÍA: REDES DE APOYO Y MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO

La cuarta categoría de análisis corresponde al apoyo, el que se ha definido como el soporte, amparo o ayuda percibida por las entrevistadas durante su permanencia en el Policlínico de Infertilidad.

4.6.1. Apoyo de familiares y/o amigos:

Las modalidades de apoyo más utilizadas corresponden al de tipo emocional, proveniente directamente de la pareja o esposo, constituyendo la principal red de apoyo para estas mujeres, manifestado esencialmente por medio de la comunicación a través de conversaciones y frases como: *“siempre me esta dando ánimos”, “el siempre me dice que podemos”, “tenemos que seguir pa’ adelante”*. También resulta muy valorada la preocupación que les expresan sus parejas al momento de ir a control o saber el resultado de un examen. Lamentablemente, en todos los casos las usuarias acuden solas a control, por motivos laborales de las parejas, la mayoría de éstas, se sentirían más apoyadas si ellos participaran directamente en el proceso. Le sigue en importancia el apoyo de tipo emocional de las(os) familiares y /o amistades, sus madres, constituyen una importante soporte a través del apoyo anímico y de la comprensión. En relación a los demás familiares (hermanas(os), suegros, tíos(as), etc.) es importante destacar que no todos ellos(as) están al tanto de la situación, es por esto que surgen discrepancias entre las entrevistadas ya que mientras para unas constituyen una verdadera fuente de apoyo *“nos dicen que tenemos que tener confianza , esperar que de repente si de repente va a llegar”* para otras no lo son tanto, ya que constantemente en reuniones familiares las cuestionan *“les tiran tallas”* en relación a cuando lograrán el poder ser madres, situación que les provoca molestia. Por otro lado, sienten que al haber otra miembro de la familia embarazada, son desplazadas a un segundo lugar, generando una menor preocupación hacia su problemática. En relación a las amistades también constituyen una fuente de apoyo en menor grado ya que, la mayoría de las mujeres estudiadas refiere tener pocas amistades y relacionarse más con su núcleo familiar.

4.6.2. Apoyo institucional:

El apoyo institucional de tipo informativo fue bien evaluado por las mujeres estudiadas, señalan que el *“ Doctor, muestra interés cuando te atiende”, “ te conversa, te da ánimos”,* aunque existen reparos en el escaso apoyo emocional por parte del Policlínico *“no me he sentido apoyada emocionalmente”* esto lo atribuyen en alguna medida a la duración de la consulta. Otro tipo de apoyo como lo es el espiritual no ha sido manifestado, en algunos casos ven a Dios como consuelo, más que como esperanza.

4.6.3. Mecanismo de enfrentamiento:

Uno de los principales mecanismos referidos por las usuarias para enfrentar los problemas son el afrontamiento, que corresponde a cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo, como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación. (SEAS, s/f)

Luego de un período de desorden donde reconocen como vital la conversación del tema con la pareja, con quien pueden desahogar en relación a sus sentimientos, aunque tratan de no hacerlo muy seguido. Para algunas esto va acompañado de periodos de llanto que viven principalmente solas, lo que les permite desahogarse *“soy súper llorona, reviento en llanto un rato de rabia, dejo la embarrada y luego se me pasa, yo creo que es el mismo stress”*

4.7. QUINTA CATEGORÍA: SENTIMIENTOS Y/O EMOCIONES

La quinta categoría corresponde a sentimientos y/o emociones, entendidas como: reacciones afectivas frente a diversas situaciones.

La Infertilidad, comprendida como una crisis de tener como característica la ciclicidad, involucra la expresión de diversas situaciones y/ o emociones asociadas principalmente al periodo de tratamiento en que se encuentren. Con relación a una de las entrevistadas no reconoció sentimientos de ninguna connotación hacia el tema, es importante recordar que ella asiste al policlínico porque su pareja es el que desea un nuevo hijo.

4.7.1. Culpa:

Una sola de las entrevistadas reconoce abiertamente el haber sentido culpa, por priorizar otros aspectos de la vida como el estudio y/ o trabajo por sobre al maternidad *“yo quería estudiar , yo quería trabajar hacer otras cosas antes de ser mamá”* *“pensaba tener bebés cuando yo quisiera no cuando vinieran encima”* *“quizás fue un error esperar tanto”*, en este caso ha influido el tiempo de adhesividad al policlínico y sus antecedentes biomédicos, tres abortos, situación que la ha vuelto una persona mas reflexiva en torno al tema. Las demás entrevistadas refirieron no sentir la mas mínima culpa porque *“es algo en que uno no debe sentirse culpable”* *“es algo que nunca se espera vienen no más y hay que tomarlo”*. Es importante destacar que intrínsecamente esta culpa está presente ya ella mismas refieren autocuestionarse el por qué de su situación *“te preguntas¿ por qué te toca ti?y no hay respuesta”*. Otro punto importante es que las entrevistadas en ninguno de los casos ha manifestado haber sentido culpabilidad por parte de la pareja . Este es una de las principales

vivencias de la Infertilidad ya que todas las pacientes infértiles en algún momento hacen una exploración mental de su vida buscando algún evento que explique su actual problemática.

4.7.2. Otros sentimientos:

Otros sentimientos señalados por las entrevistadas son: alegría, ilusión, esperanzas y ansiedad, que emergen en directa relación a las diferentes etapas en que se encuentren del tratamiento.

4.7.3. Autoestima:

Otro de los tópicos investigados fue la autoestima, entendido como: el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quiénes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

Todas las entrevistadas señalaron tener una autoestima alta, el valorarse así mismas “ *me quiero mucho fíjate me quiero harto si no me quisiera yo creo que todo parte de uno del cariño de uno la autoestima es muy importante*”. Lo destacable es que algunas mencionan que este proceso ha servido para aumentar su autoestima a diferencia de lo que se podría pensar esto lo hacen como mecanismo de protección ante eventuales inestabilidades anímicas “ *yo me tengo fe me quiero así misma*” ¿ osea ha aumentado tu autoestima? “ *si porque si no imagínate como estaría por abajo y eso es lo que no quiero para mi , yo quiero estar siempre ahí por cualquier problema si lo tengo lo tengo yo pero no trato demostrárselo al resto*”.

4.7.4. Rabia:

Otro sentimiento expresado por las entrevistadas fue la rabia hacia otras embarazadas, en este aspecto se expresaron discrepancias ya que para algunas esto constituye un motivo de alegría “ *me alegro porque es un sueño que han cumplido*” otra parte de las entrevistadas, señala abiertamente recelo y rabia hacia las embarazadas “ *me dan ganas de llorar ver a las gorditas en el consultorio porque ellas y yo no todavía.*”

4.8. SEXTA CATEGORÍA: ATENCIÓN RECIBIDA

La sexta categoría se refiere a la atención recibida en el policlínico de Infertilidad aspectos como: información recibida, molestias o repercusiones por procedimientos realizados, importancia de la pareja en la consultas y agregar algo a la atención son los que a continuación se señalan:

4.8.1. Información recibida:

Si bien la información recibida ha sido manifestada como un apoyo por parte del profesional a cargo, es percibida en algunos casos como insuficiente en relación a los avances del tratamiento. Factor que podría afectar la adherencia, ya que las usuarias sienten que franquean muchos controles y no llegan a resultados concretos desmotivándolas. Destacan la disposición a informar lo que contrastan con la brevedad de la duración de la consulta.

4.8.2. Procedimientos realizados:

En relación a los procedimientos realizados, sólo una paciente manifestó como molestia una infección urinaria secundaria la una histerosalpingografía. La otra molestia sentida es la espera para la realización de los procedimientos.

4.8.3. Cumplimiento de indicaciones:

El cumplimiento de las indicaciones constituyó un punto de consenso para las mujeres entrevistadas, ya que afirman cumplir a cabalidad las indicaciones establecidas por el Médico. La motivación principal es lograr el embarazo y en un caso darle gusto al marido. El apoyo de pareja y la comunicación, son incentivos para adhesividad al tratamiento.

En relación con el punto anterior para la mayoría de las mujeres entrevistadas, sería muy beneficioso el contar con la pareja en la consulta ya que *“les haría súper bien porque entenderían mucho mejor todo lo que tu tienes que pasar y vivir todo lo que tiene que soportar y quizás viéndolo explicado por otro hombre”*, *“se siente más el apoyo que los dos participen en el proceso”*. En todos los casos la imposibilidad de ir a la consulta radica en el trabajo de sus parejas.

Al momento de calificar la atención, varió desde regular hasta excelente, los factores que mencionaron como negativos fueron en primer lugar el tiempo de duración de la consulta, la que mayoritariamente calificaron como escasa, es por este motivo que las mismas pacientes sugieren el aumento en su duración, para poder aumentar la información recibida en cada sesión.

4.8.4. Aspectos a mejorar en la atención:

El otro aspecto que fue mencionado por las usuarias es la posible participación de un orientador(a) o psicólogo(a). Para todas las entrevistadas esta sería una medida muy importante ya que se podría brindar ayuda y apoyo en los diferentes procesos que van viviendo a lo

largo de su paso por el Policlínico *“seria importante en el proceso de pérdida cuando te estás haciendo un tratamiento ”, a veces tu te sientes sola a veces no cuentas con tu pareja “”debe ser terrible que a una mujer le digan tu no puedes tener hijos, igual tiene sus consecuencias”*

En cuanto a la participación del/la profesional Matrona/Matrón, las mujeres señalaron: la comunicación clara que existe entre estas(os) y los usuarios(as) *“podría entender esa parte de mujer a mujer como que hay más llegada”*

4.8.5. Adherencia a tratamientos:

En relación a este punto, diversas son las respuestas entregadas por las mujeres; mientras para una fue el último intento en el corto plazo, para lograr un embarazo, para otra podría ser el inicio de una nueva etapa de tratamiento en otro centro asistencial (santiago), para las más jóvenes y con menos tiempo de tratamiento no se vislumbra una pérdida en la continuidad, sino al contrario existe motivación para seguir mucho tiempo más o hasta que el doctor les diga *”tu no puedes tener hijos “en un último caso su permanecía esta sujeta a los deseos de la pareja “hasta que a el se le pase la lesera”.*

4.8.6. Adopción:

En cuanto al tópico de la adopción todas las mujeres estudiadas, han pensado en este tema como una alternativa en el largo plazo, que vislumbran como lejana porque primero quieren intentar todas las posible alternativas para tener sus propios hijos(as) además de otros diversos factores como: la edad, se consideran muy jóvenes para pensar en esta posibilidad aunque no la descartan en un futuro lejano, limitaciones por su situación económica *“la situación que nosotros tenemos no es como para adoptar”* o factores tan personales como el miedo a lo desconocido *“por el hecho de no saber de donde vienen o cuales son sus genes”.*

5. DISCUSIÓN

Al comenzar esta investigación, se planteó la hipótesis “las respuestas en el plano de la sexualidad en las mujeres en tratamiento de Infertilidad varían según factores emocionales y socioculturales”, luego de haber desarrollado las diferentes etapas de la investigación, se pudo establecer cómo afirmativo este supuesto, ya que el proceso vivenciado por las mujeres, se ve influenciado por diversos factores dentro de los cuales resulta relevante destacar al imaginario psicosocial ya que constituye uno de los elementos claves en el proceso de las respuestas personales, el cómo se van percibiendo y vivenciando estos procesos.

En el caso de las mujeres del estudio, uno de los aspectos señalados como más importantes en el deseo de la maternidad, fueron las motivaciones y los significados asignados a la maternidad en directa asociación con los del imaginario social y genérico. Ambas constituyen construcciones simbólicas relativizadas por lo histórico y lo sociocultural con dimensiones subjetivas. En particular para las mujeres la maternidad ha sido un referente social para ir construyendo su identidad, no como algo natural sino precisamente como un producto social, a lo largo de la historia de la humanidad. (NAJERA Y COLS, s/f).

En las entrevistadas, se denota el concepto “mujer - madre ” profundamente arraigado en el consciente- inconsciente. Ya que históricamente a las mujeres se le han asignado binomios inseparables tales como que la mujer es igual a madre, o que mujer es igual a familia, esto hasta de forma mítica, entre los que se encuentra como más relevante el de mujer = madre, este influye en todas las esferas vitales femeninas y organiza su vida independientemente de cualquier condición.(GONZALEZ,2002)

Estas mujeres, parecieran no poder separar la dimensión materna de la femineidad, hecho que les provoca un significado de insuficiencia o carencia, al percibir que no están cumpliendo el rol que la naturaleza y la sociedad le han encomendado.

Este profundo sentir, se manifiesta cuando metafóricamente expresan, sentirse como un “desierto”, o sentirse “secas” o simplemente al semejarse con mulas. Estos sentimientos no parecen ser tan aislados al coincidir con lo encontrado en la literatura, ya que la maternidad históricamente ha estado asociada a la fecundación; fertilidad en clara similitud con las propiedades de la tierra, lo mismo ocurre con la Infertilidad. Una mujer que no puede concebir es fuertemente estigmatizada por la comunidad (se le llama *mula*, *machorra*, *vana*)(CASTAÑEDA Y COLS s/f). Así igual se le vincula con la protección afecto, conservación, cuidado incondicional al orden biológico, natural e instintual. (LARAUX Y, VEGETTI-FINZI citado en ARVELO; 2004).

A pesar de los avances en Educación y Trabajo para las mujeres en las últimas décadas, no tienen iguales alternativas socioculturales para su autorrealización personal como fuera del papel parental. Y a pesar de que todas las entrevistadas se encuentran trabajando, para ninguna de ellas existe la realización total femenina sin la presencia de hijos, esto independiente del tipo de Infertilidad que se sobrelleve. La identidad de las mujeres se define con base en los atributos que la sociedad ha depositado en una capacidad biológica como es la procreación, interpretación social que reduce los espacios de interacción y limita las posibilidades de desarrollo como seres humanos; en esta forma, las mujeres son especializadas desde la infancia para cumplir con la encomienda de ser madres y su existencia se organiza en torno a la maternidad. Ésta se constituye así en institución fundamental de la subjetividad femenina; los deseos, necesidades, fantasías e intereses que las mujeres visualizan en su ciclo de vida, se definen por las expectativas que depositan en el hecho de ser madres.(NAJERA Y COLS, s/f). Es desde el no cumplimiento de estas expectativas donde pueden aparecer alteraciones en la salud mental de estas mujeres. Es por esta razón que se torna tan importante el logro de un embarazo y posterior nacimiento ya que trae consigo el significado de poder llenar ese espacio incompleto de sus vidas, espacio que no ha podido llenar ni la realización laboral, ni la realización que la mayoría refiere de pareja.

El logro de la maternidad es su gran sueño, la realización plena, el “terminar de ser mujeres” “el sentirse completamente mujeres”. Percepciones que se ven ratificadas por las mujeres con infertilidad secundaria, las que quieren reafirmar su rol de mujeres mermado de cierta manera por esta dificultad reproductiva que están padeciendo, frente a ellas mismas, la pareja y a la sociedad. De esta forma, como lo asienta (LAGARDE citado en NAJERA Y COLS s/f) el significado que las mujeres atribuyen a la maternidad se constituye en el eje organizador de sus vidas, pues a través de esta vivencia se pretende encontrar la completud, la legitimidad como mujer, en un mundo donde para ser reconocida se necesita haber parido.

Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con el estudio mexicano “El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamiento de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia” de ARRANZ Y COLS, 2002, también de carácter cualitativo en el que al igual que este, se utilizaron entrevistas en profundidad. En dicho estudio se denota que los significados atribuidos a la maternidad corresponden a factores que se van conformando a través de toda la historia personal de cada mujer, donde intervienen tanto su estructura subjetiva, como su entorno sociocultural. Sin embargo dos de los factores centrales en todos los casos fue la estructura narcisista de la personalidad, que se manifiesta como sentimientos de vacío, falta de autoestima y cuestionamientos a la identidad, que tienden a reaparecer en momentos críticos de la vida como lo es este. El otro factor fue las expectativas del hijo anhelado, quien en su fantasía compensaría entre otras funciones, esas carencias originales de valoración narcisista. Estos resultados respaldan los obtenidos en esta investigación.

Dentro del imaginario social las presiones familiares y / o de amistades demuestran una influencia substancial de manera ambivalente, por una parte, ejercen la mayor presión hacia las parejas para cumplir el rol parental, son una constante motivación para el logro del embarazo, además bajo esta presión se les incrementa el sentir la imperfección del rol de la mujer, favoreciendo o potenciando la aparición de sentimientos de connotación negativa como, la inestabilidad anímica, baja autoestima, aislamiento o alejamiento de los seres queridos. Esto se produce independiente del nivel de instrucción de la entrevistada. Por otra parte se debe destacar que esta es una situación de ambivalencia debido a que es dentro de este mismo núcleo familiar, donde aparece la segunda red de apoyo en importancia, constituida por las madres de las pacientes y por sus hermanas, quienes son reconocidas como un soporte, las que les han servido de incentivo en su adherencia al tratamiento.

Otro factor destacable dentro del imaginario sociocultural es el ámbito religioso, aquí surge la creencia, de que el proceso que están padeciendo es producto o consecuencia de alguna mala acción que han podido desarrollar a lo largo de sus vidas, que el proceso que están vivenciando es una especie de castigo, que Dios está enojado con ellas por algún error cometido, como por ejemplo no ir a misa regularmente o bien que Dios es visto como un consuelo, por lo que les toca vivir. Esta percepción lleva a cuestionamientos o a sensación de culpabilidad ya que históricamente, las grandes religiones - sin excepción - definen el rol de la mujer y su principal función en la sociedad, en el de ser esposas y madres. (MUNDIGO, 2005). Estas percepciones aparecen en las mujeres con tiempo de adhesividad variables, para la usuaria con un menor tiempo en el Policlínico constituye un castigo, ya que en su ser interno busca una respuesta de, por qué les está pasando esto a ella o a su pareja, mientras que la paciente con más tiempo de tratamiento, ve a Dios como un consuelo por todo lo que le ha tocado vivir, después de mucho de cuestionamientos y reflexión.

El proceso de la Infertilidad que están viviendo, como se menciona precedentemente constituye una crisis, tan importante para el desarrollo de una meta vital, que es comparada con muerte de seres queridos, divorcio o con alejamiento del hogar, siendo el problema más difícil que han enfrentado. Estos hallazgos, concuerdan con los resultados de estudios previos como el chileno de FREEMAN (citado en FURMAN, 2003) y el estadounidense de MAHLSTEDT 1987. En este último, se consideró a esta patología tanto o más estresante que el divorcio. Lo que no constituye sorpresa, ya que es un estrés crónico, derivado de una condición persistente en el tiempo, y que se percibe como una amenaza a importantes "dominios" del desarrollo psicológico o de los roles sociales. (DOMÍNGUEZ, 2002). Siendo la Infertilidad un evento en general adverso y estresante, algunas personas pueden afrontar más adecuadamente los sentimientos que produce, mientras para otros, puede ser una experiencia devastadora, desencadenando trastornos emocionales o un marcado aislamiento social. Para las usuarias entrevistadas, la Infertilidad, provocó la aparición de una serie de sentimientos como alegría, esperanzas e ilusión en una primera instancia, por la directa asociación con éxito en los tratamientos, para luego vincularlo a una diversidad de vivencias negativas, no excluyentes entre sí, en donde las más frecuentes fueron: la sensación de femineidad disminuida, inestabilidad del ánimo, pena, tristeza, y de menor manera, la rabia, miedo y

culpa por no poder concretar el deseo de la maternidad. La inestabilidad anímica, como la pena, embargan a las pacientes desde el primer aviso de problemas reproductivos, independiente del tipo de Infertilidad que posean, lo mismo ocurre al momento de tener noticias poco alentadoras en relación a avances en el tratamiento, este es uno de los sentimientos que las van acompañando a lo largo del proceso.

Según la literatura, la Infertilidad se percibe como más estresante cuando el afectado es el varón, en el caso de la entrevistada que posee un trastorno de la ovulación, su pareja presenta dos espermogramas alterados, la situación es percibida por la mujer, como que ella es la del problema, minimiza los resultados de la pareja y asume toda la responsabilidad

Otro sentimiento que aparece es: la culpa, emoción presente explícita como implícitamente en las entrevistadas. Este sentir, también constituye algo esperable ya que todas las pacientes infértiles en algún momento se cuestionan el por qué de su situación. Los sentimientos descritos coinciden con la literatura internacional y nacional. En el estudio chileno, titulado “Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento” de (JADRESIC Y COLS, 2002 a), se averiguó los principales aspectos emocionales asociados a la Infertilidad, desde una perspectiva cuantitativa, se describe que las vivencias que predominaron en más de la mitad de la muestra femenina fueron: inestabilidad del ánimo, pena y ansiedad. También estuvieron presentes en un porcentaje significativo las vivencias de rabia, disminución del deseo sexual, miedo, desesperanza y envidia hacia la mujer embarazada e incluso deseos de quitarse la vida. La diferencia se marca en el aspecto de la percepción de feminidad disminuida, que fue señalado en un menor grado. Resultado contrastante con lo expresado por las mujeres pertenecientes a esta investigación, ya que este fue uno de los puntos de consenso para todas las entrevistadas. Esto se podría explicar por las diferencias en las metodologías aplicadas en ambos estudios, ya que en el estudio de JADRESIC Y COLS, se utilizó un cuestionario, no pudiendo ahondar más en los sentimientos de las mujeres.

Otro punto de consenso entre ambos estudios es que las personas que mencionan más vivencias negativas, presentan un mayor compromiso en diversas áreas incluida la sexualidad. No se relacionó con el tipo de Infertilidad, ni en el tiempo de adherencia, sino más bien simplemente en la percepción del problema por parte de las usuarias, a pesar de lo que se podría pensar en el caso de la entrevistada con Infertilidad secundaria, que deseaba ser madre otra vez, el hecho de tener ya un hijo, no influyó en su respuesta a la infertilidad, esto se podría explicar en que en su anterior embarazo fue no planificado, es ahora en donde ella, se pone a prueba y sale a la luz esa sensación de feminidad disminuida.

Los datos empíricos indican que serían más vulnerables a presentar alteraciones las parejas infértiles que presentan las siguientes características: pobreza de recursos psicológicos, recursos financieros limitados, ausencia de redes sociales de apoyo, negación a

la infertilidad y estilo evitativo en el enfrentamiento de los problemas (PALACIOS Y JADRESIC, 2000 a). En la población estudiada la principal respuesta adaptativa referida por las mujeres fué el afrontamiento de esta situación, para lo cual los recursos individuales y de la pareja juegan un papel primordial, la solidez y estabilidad de las relaciones de la pareja, el nivel de comprensión, seguridad y apoyo, el bienestar psicológico, la inteligencia, las características de personalidad de ambos miembros, influyen en el afrontamiento de la crisis. (FERNANDEZ Y COLS, 2003). Como se ha manifestado anteriormente influye de manera determinante la historia de vida de la paciente, como las expectativas que tenga la paciente en torno a la maternidad. Para las entrevistadas la principal red de apoyo estuvo constituida por la pareja, con apoyo de tipo emocional, le siguieron la madres, suegras y hermanas de las pacientes, para continuar con amigas cercanas, compañeras de trabajo. El apoyo informativo estuvo a cargo del Médico a cargo del policlínico, el que es reconocido como un apoyo, ya que brinda ánimo las usuarias factor que es reconocido como favorecedor en su participación en el policlínico. Estos resultados coinciden con un estudio cubano del año 2002, en que los tipos de apoyo descritos por las /os participantes con mayor frecuencia fueron el emocional y el informativo, mientras que el instrumental y el espiritual fueron menores utilizado. Es en este sentido donde es interesante contestar la generalizada necesidad que reportan los pacientes de tener más instancias de información y de apoyo emocional, para la cual ellas mismas son las que proponen la necesidad de tener un equipo multidisciplinario que trabaje con ellas.

Otra mecanismo de adaptación señalado por las entrevistadas, fueron las actividades laborales ya que éste, constituye una ventana de escape hacia el problema, que les permite no estar pensando tanto en la patología, resulta algo contradictorio si la principal forma de enfrentar los problemas es el afrontamiento directo. Sólo una manifestó tener episodios en que ha disminuido su interés por trabajar, resultado que concuerda con el estudio chileno "Aspectos emocionales de la infertilidad" de PALACIOS Y JADRESIC 2002, donde sólo un 23% de las personas que trabajaban reportó sentir que ésta había disminuido. (Hombres y mujeres). Estas últimas expresaron más frecuentemente sentir que su capacidad laboral se había afectado y tener problemas en su trabajo para asistir a los controles, circunstancia que no fue señalada por parte de las entrevistadas.

En la relación de pareja la infertilidad no constituye un tema tabú, en efecto, las pacientes sienten que pueden hablar con su compañero y se sienten apoyados por el otro durante los tratamientos. La infertilidad ha afectado levemente la vida sexual, por sobre la relación de pareja, resultados respaldados por el estudio mencionado previamente. Es destacable que cada una de las entrevistadas se calificó como satisfecha en el plano sexual, a pesar de la aparición de alteraciones como dispareunia, y disminución de la libido, resultados que se pueden asociar más a la percepción que la persona tiene de su sexualidad, como con todo el peso del imaginario psicosocial y emocional. Según la literatura no es infrecuente que aparezcan alteraciones como las antes señaladas. Los problemas reproductivos juegan muchas veces un papel importante en el desencadenamiento de disfunciones sexuales (60%). (PALACIOS Y JADRESIC, 2000). Las disfunciones sexuales son frecuentes en la paciente con problemas reproductivos (Infertilidad) el hecho de presentar cambios en la autoestima, sensación de

alteración en el rol femenino, puede llevar a una disminución en el impulso sexual, con menor capacidad en la respuesta sexual y menor disfrute de su sexualidad.(GONZALEZ Y MIYAR, 2001).

Es importante señalar que en relación a la frecuencia sexual, los(as) pacientes infértiles según la literatura internacional, tienden a aumentar o a disminuir drásticamente el número de encuentros sexuales. Resultados que no coinciden con los de esta muestra, en que las mujeres refieren mantener un número constante de relaciones sexuales (cóitales), inclusive las que refirieron una disminución de la libido, esto quizás se podría explicar en que intrínsecamente estas mujeres ven alterada su identidad femenina, existiendo una percepción de que no pueden fallar en este aspecto. En relación a la existencia de un programa sexual (coital) de cumplimiento estricto en estas mujeres, a pesar de tener nociones del ciclo menstrual, solamente una refirió en un primer momento, haber tratado de guiarse por sus días fértiles, para lograr la concepción, por lo que en general no se estaría dando una visión propiamente reproductiva a la actividad sexual. Estos se sustentan en el hecho de preferir la espontaneidad, en el caso del orgasmo, existieron discrepancias mientras para algunas ha disminuido, la explicación brindada por estas mujeres estaría dada en sus estados anímicos variables. Llama la atención que a pesar de todo lo señalado, todas las usuarias se manifestaron como satisfechas en su actividad sexual, esto validado por los resultados de test Índice de función sexual.

En cuanto a la percepción de la atención brindada en el policlínico fue calificada desde regular a excelente, se resalta que las usuarias perciben que el profesional les explica su situación médica, demuestra interés y fomenta la continuidad y la importancia de los tratamientos. Sin duda lo más destacable corresponde a los propios requerimientos de las usuarias en relación a la presencia de una fuente de apoyo emocional, son ellas mismas las que manifiestan el interés de contar con un profesional psicólogo(a) con quien poder conversar sus problemáticas, otras sugerencias van hacia potenciar el tema informativo mediante la realización de sesiones educativas al respecto, en las que podría estar involucrada la profesional Matrona/Matrón, quien fue percibido/a como un/a profesional muy cercano/a. La mayoría de las entrevistadas señala como un aspecto negativo la brevedad del tiempo de atención en el Policlínico. Estos resultados coinciden con un estudio chileno del año 2002, titulado “Percepción del paciente infértil acerca del equipo médico tratante”, en que también fue solicitada más instancia de información que ojalá contara con la presencia de la pareja.

Con respecto a la adopción, esta es vista como una alternativa que les permitiría llevar a cabo con totalidad el rol materno. Opción que no ha sido descartada totalmente, es un tema conversado por las parejas, pero no con la profundidad requerida. El factor edad, influye en el querer probar todas las alternativas posibles para lograr el hijo propio, también influye el nivel socioeconómico, que es manifestado como un impedimento al momento de conseguir la adopción de un menor.

6. CONCLUSIONES

La Infertilidad, corresponde a un evento crítico de características paranormativo, difícil de asumir en un primer momento, ya que gatilla una serie de respuestas psicoemocionales en las personas que la padecen, por estar amenazando una meta vital. Repercute en todos los planos de la vida, donde las respuestas, incluido el plano de la sexualidad, varían según los factores emocionales y socioculturales. El análisis cualitativo de esta investigación permitió obtener las siguientes conclusiones:

Factores biodemográficos: La edad, la escolaridad y los años de actividad sexual, no establecen diferencias entre las respuestas adaptativas a la patología.

En el caso del estado civil, no se manifiestan diferencias entre las mujeres convivientes con respecto a las casadas, lo importante de este punto es que en ambos casos, el tener una pareja estable constituye la principal red de apoyo para enfrentar esta problemática. En relación a la usuaria soltera ella a través de su relato valida la importancia del apoyo de la pareja.

No se encuentran diferencias entre las mujeres en relación a los años de convivencia en pareja.

El tratamiento realizado (quirúrgico o no quirúrgico), así como su duración, no mostraron influencia en las respuestas psicoemocionales de las mujeres con Infertilidad.

El tipo de Infertilidad, primaria o secundaria, más que representar un factor diferencial entre las mujeres, generó un punto de comparación entre ellas y permitió dar validez a los relatos de las mujeres con infertilidad secundaria.

La Infertilidad, no sólo afecta la parte anatómica o funcional de las mujeres que la sobrellevan, sino también toda su esfera psicosocial. Diversos aspectos son los que influyen en las respuestas de las mujeres a esta patología, siendo las principales:

El imaginario psicosocial: Estudiado a través de la percepción, el significado y las motivaciones hacia la maternidad, y en el que se destaca principalmente el imaginario social genérico, la percepción del concepto mujer- madre como un binomio identificador e

inherente del rol femenino. Lo que es validado en el caso de la usuaria cuya pareja presenta dos espermogramas alterados, es ella la que asume toda la responsabilidad por el problema que esta viviendo. El logro de la maternidad constituye un gran sueño, su logro las hará sentir como mujeres completas y realizadas. Percepción reforzada por las mujeres con Infertilidad secundaria.

Las motivaciones sociales, influyen directamente en el deseo de la maternidad, ya que mediante el logro de este objetivo, lograrán un autoreconocimiento como mujeres propiamente tal, tanto como el reconocimiento de la pareja y la sociedad.

La religión, no constituye un factor relevante en las motivaciones hacia la maternidad, más bien corresponde a un factor que emerge como explicación del fenómeno, en el momento de los cuestionamientos.

Redes de apoyo: La principal red de apoyo son las parejas de las entrevistadas. La Infertilidad no es vista como un tema tabú, la comunicación, la comprensión junto con el interés y la preocupación, permiten un abordaje en conjunto de la patología y sus repercusiones.

Otras redes de apoyo en importancia son la familia y /o amistades cercanas, donde son notoriamente las mujeres (madres, suegras, hermanas, amigas) las que escuchan y brindan apoyo a estas mujeres. Los demás familiares que en su mayoría desconocen la situación, en general constituyen una fuente de presión hacia el logro del embarazo.

El apoyo informativo brindado en el Policlínico, fue bien evaluado, desde la perspectiva que el Médico, les comunica la situación, las incentiva a seguir adelante y les explica los procedimientos a realizar, esta visión tiende a modificarse a lo largo de los tratamientos, explicado por el hecho de que pasa el tiempo y no ven resultados.

Enfrentamiento del problema: La principal forma señalada de enfrentamiento es el afrontamiento directo del problema. El hablarlo con claridad y de frente constituyen los principales mecanismos utilizados, aunque contradictoriamente reconocen que el trabajo o alguna actividad fuera del hogar les permite evadir momentáneamente el tema.

En cuanto a los principales sentimientos y emociones experimentados por las mujeres, estos varían según el momento del tratamiento en que se encuentren, se van repitiendo en forma cíclica, a lo largo de los procesos, frente a la noticia de la infertilidad se manifiestan

sentimientos de pena, tristeza e incredulidad, frente a un nuevo procedimiento los sentimientos expresados son: alegría, esperanzas e ilusión.

Otros sentimientos señalados son: la culpa, que fué descrito explícitamente e implícitamente por las entrevistadas. Además de la rabia, que fue señalada por alguna de las entrevistadas frente a las embarazadas, inclusive de su propia familia.

La autoestima, señalada como alta por todas las entrevistadas fue mencionada como un efecto protector, el hecho de valorarse y quererse les ayuda a disminuir la sensación de sentimientos de connotación negativa.

En cuanto a las repercusiones de la infertilidad se puede señalar que:

En el plano personal, a pesar de lo heterogénea de la muestra, es tal el grado de importancia que se le asigna, que para la todas las entrevistadas, con deseos de embarazarse es sin duda el evento más crítico y más difícil que les ha tocado vivir. Además repercute, implícita como explícitamente la percepción de identidad femenina incompleta y genera una serie de emociones y sentimientos de connotación negativa.

En el plano familiar, genera una situación ambivalente porque es de aquí donde emergen importantes fuentes de apoyo, como agentes estresantes que potencian la aparición de sentimientos de connotación negativa.

En el plano laboral, el trabajo para la mayoría constituye un factor favorecedor del proceso de adaptación, ya que es vista como una puerta de escape a la rutina diaria. Sólo en la usuaria más afectada se denotó desinterés y desmotivación en el plano laboral.

En el plano social, no se encontró repercusiones significativas.

En el plano de la actividad sexual, la repercusión ha sido leve, las mujeres califican su actividad sexual como “satisfactoria” a pesar de la pesquisa de alteraciones como; disminución de la libido, dispareunia y variaciones en el orgasmo. No se percibe asociación a tiempo ni a tipo de tratamiento, sino más bien asociadas a las variaciones anímicas manifestadas durante las diferentes etapas del tratamiento, en lo que repercute directamente el imaginario psico social, como las expectativas de la maternidad junto con las presiones sociales como genéricas.

Los factores reconocidos como favorecedores de la adherencia a los tratamiento son: en primera instancias el deseo o motivación hacia la maternidad, las redes de apoyo emocional e informativo recibido (pareja, familia, profesional a cargo del policlínico)

En cuanto al tema de la adopción, esta es vista como una alternativa válida al largo plazo, en caso de no poder concebir al propio hijo, aunque con ciertas limitaciones sobre todo del tipo socioeconómico.

La atención recibida fue calificada desde regular hasta excelente, se destaca el interés y motivación que brinda el medico a cargo, como fuente de apoyo.

Es sugerido por parte de las entrevistadas, el aumento en el tiempo de duración de las consultas, como la realización de actividades educativas tanto personales como grupales.

Es interesante constatar la generalizada necesidad que reportan las pacientes de tener más instancias de información y de apoyo emocional, aspecto que avala la necesidad de diseñar un abordaje integral multidisciplinario, incluyendo profesionales del área de la salud mental, realizando mayor énfasis en la educación y en el apoyo psicológico.

La implementación de un programa integral de atención de la pareja infértil, con la participación y coordinación de profesionales tanto del nivel primario como secundario de atención, que incluya: Psicólogo (a), Asistente social, Médico especialista en Salud Reproductiva y Matrona/Matrón, parecen ser una necesidad real y urgente a la luz de los hallazgos encontrados. Esto permitirá abordar con perspectiva globalizadora, integral y humanizada a las mujeres y/o parejas con esta patología, que incluye un aprecio y respeto por sus costumbres culturales y sociales, en el ámbito de la su Salud Sexual y Reproductiva.

La Matrona / Matrón, fue percibida(o) como una/un profesional cercana a las usuarias que logra un grado de confianza que les permite hablar de temas difíciles e íntimos, por esto su función radicaría en temas educativos, al momento de la derivación, al inicio del tratamiento como parte de un plan de evaluación. Y durante el tratamiento, como educadora en terapia sexual, que permitiría conversar sobre posibles implicaciones y complicaciones en la esfera de la sexualidad como posibles dificultades sexuales; permitiendo una educación que deleve los mitos, prejuicios y tabúes que existen sobre la sexualidad humana. Permitiendo un fortalecimiento de la autoestima y autovaloración

Dentro de este plan multidisciplinario se contempla la participación del Psicólogo(a) para evaluar la parte psicoemocional, del Médico especialista en Salud Reproductiva, para evaluar la parte biomédica, así como también la participación del/la profesional Asistente social, que será el/la encargad(a) de la parte educativa e informativa en caso de deseos de adopción por parte de la pareja.

Los resultados de esta investigación, permitirán sustentar futuras modificaciones al abordaje de la Infertilidad, considerando a la mujer y pareja como seres integrales, desde la perspectiva biopsicosocial. Además, de aportar nuevos conocimientos que podrán ser integrados en la formación de las nuevas generaciones de Matrones y Matrones aportando a la sociedad profesionales con mayores competencias y proyecciones.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. ARRANZ, L; BLUM, B; MORALES, F. 2001. El deseo de la maternidad en pacientes sujetas a tratamiento de reproducción asistida; una propuesta de psicoterapia. Rev. Perinatología Reproducción Humana. México. 15 (2): 133-138.
2. ARVELO, L; 2004. Maternidad, Paternidad y Género. Rev. Del grupo de investigación de Genero y Sexualidad (GIGESSEX). Venezuela .4 (2)
3. BLANCO, L. s/f. Esterilidad e Infertilidad. Rev. Bioética Y Derecho
Disponible en: [http:// www.bioética.org/bioetica/notas2.html](http://www.bioética.org/bioetica/notas2.html)
(Consultado 14 junio 2006)
4. BOIVIN,J; SCANLAN,L; WALKERS,S. 1999. Why infertile parents not using psychosocial counselling? Rev. Human Reproducción. Inglaterra. 14 (5): 1384-1391.
5. CASTAÑEDA, E; BUSTOS, H. 2001. La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. Rev. Perinatología Reproducción Humana. México. 15(2): 124-132.
6. CASTAÑEDA, X; LANGER, A; GARCÍA, C.(s/f). Significados y significantes de la fertilidad: Pertenencias de la metodología cualitativa en la salud reproductiva. Apuntes sobre la Identidad de las Mujeres. [Foro Mundial de Salud Reproductiva](#)
Disponible en://www.grhf.harvard.edu.spanish/course/sesion2/significado.html.
(Consultado 18 de abril 2006)
7. CORTINEZ, A. 2003. Diagnóstico y manejo de la pareja infértil. En: PEREZ, A. Ginecología. 3 ed. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. Pp 885-888.
8. DE LA CUESTA, C. 1997. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. Rev. Investigación Educación en enfermería. 15(2): 13-23.
9. DOMINGUEZ, R. 2002. Psicología e Infertilidad. Rev. Médica Clínica las Condes. Chile. 13(1): 35-39.

10. ESCALANTE, K. 2003. Métodos de reproducción asistida: aspectos psicológicos. Rev. Medicina Legal de Costa Rica. Heredia. 20(1):5-13.
11. FERNÁNDEZ, M; HERRERA, P; GONZALEZ, I. 2002. Infertilidad como evento paranormativa. Su repercusión. Rev. Cubana de Medicina General Integral. Ciudad de la Habana. 18(2):117-120.
12. FUENTES, A; DEVOTO, L; 2003. Perfil epidemiológico de la infertilidad. En: PEREZ, A. Ginecología. 3 ed. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. Pp 873-881.
13. FURMAN, I; DEVOTO, L; RAMOS, A; URMENETA, L; VANTMAN ,B; FUENTES, A. 1997. Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad en hombres y mujeres Chilenos. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile. 62(1): 9-14.
14. FURMAN, I. 2003. Aspectos psicosociales de la infertilidad. En: PEREZ, A Ginecología. 3 ed. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. Pp 979-983.
15. GARCIA, V; SCUTTI, P; PEDRAZA, L; ANNA,G. (s/f).Autoestima Disponible en: <http://www.monografías.com/trabajos5/autoest/autoest/html>. (Consultado 17 de junio2006)
16. GONZALEZ, I. 2000. Crisis familiares. Rev. Cubana de Medicina General Integral. Ciudad de la Habana. 16 (3): 270-276.
17. GONZALEZ, I; MIYAR, E. 2001. Infertilidad y Sexualidad. Rev. Cubana de Medicina General Integral. Ciudad de la Habana. 17(3):291-295.
18. GONZALEZ, I. 2002. La Infertilidad; El Maternaje Frustrado. Rev. Cubana de Medicina General Integral. Cuidad de la Habana. 18(3):233-235.
19. HERNANDEZ, A; PADRON, R; MAS, J; SEUC, A. 1997. Seguimiento parejas infértiles durante dos años. Rev. Cubana de Endocrinología. Ciudad de la Habana. 8(2): 126-134

20. HERNANDEZ, A; PATRON, R; SEUC, A. 1999. Caracterización de la mujer infértil: resultados de un estudio estandarizado. Rev Cubana de Endocrinología. Ciudad de la Habana. 10(1): 16-24.
21. HUNEEUS, A; ALBA, F; DEVOTO, L; SOTO, E; VANTMAN, B; GUNTHER, A; FUENTES, A; MARTINEZ, C. 2000. Resultados tratamientos convencionales de infertilidad. Rev. Chilena de Obstetricia. Chile. 65(4):255-261.
22. MACHADO, L. 1999. Duelo psicológico y sexualidad. Medicina Reproductiva .2(2) Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina-reproductiva24299-indice.html>. (Consultado 25septiembre 2004)
23. MAHLSTEDT,P; MACDUFF,S; BERNSTEIN,J. 1980. Emotional factors and the in vitro. fertilization and embryo transfer process, Journal of in vitro fertilization and embryo transfer. 4 :232
24. NAJERA, A; LOPEZ, M; EVANGELISTA, A; RIVERA, U; ALVAREZ, I; APARICO, B. s/f. Maternidad, Sexualidad y Comportamiento Reproductivo Apuntes sobre la Identidad de las Mujeres. [Foro Mundial de Salud Reproductiva](http://www.grhf.harvard.edu/spanish/course/sesion2/maternidad.html) Disponible en: <http://www.grhf.harvard.edu/spanish/course/sesion2/maternidad.html> Consultado: 18 de mayo 2006)
25. NEWTON, C; SHERRARD, W; GLAVAC,I. 1999 The infertility problem inventory: measuring infertility-related stress. Rev. Fertil Steril. 72 (54): 54-62.
26. PADRON, R; HERNANDEZ, A; MAS ,J; VALDEZ, F; SEUC, A. 1997. Causas de discontinuación del seguimiento de las parejas infértiles y su relación con el diagnostico y el estado de la fertilidad. Rev. Cubana de Endocrinología. Ciudad de la Habana. 8(3):208-216.
27. PALACIOS, E; JADRESIC, E. 2000. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatría. Chile. (38):94-103.
28. PALACIOS, E; JADRESIC, E; PALACIOS, F; MIRANDA, C; DOMINGUEZ, R. 2002.(a) Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología. 67 (1): 19-24.

29. PALACIOS, E; JADRESIC, E; PALACIOS, F; MIRANDA, C; DOMINGUEZ, R.
(b) Percepción del paciente infértil acerca del equipo médico tratante. Rev.
Chilena de Obstetricia y Ginecología. 67(1): 25-29.
30. PAPALIA, D; WENDKOS, S. 1997. Desarrollo Humano. 6 ed. México. Editorial Mc
Graw Hill. Pp 475-478.
31. PASCH, L; DUNKEL, C; CHRISTENSEN, A. 2003. Differences between husband and
wifes approach to infertility affect marital communication and adjustment. Rev. Fertility
and Sterility. 77(6): 1241-1247.
32. READ, J. 2004. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. .
British Journal of Medicine. Inglaterra. 328(7465): 559
33. ROSEN, R; BROWN, C; HEIMAN, J; LEIBLUM, S; MESTON, C; SHABSING, R;
FERGUSON, D; D'AGOSTINO, R. 2000. Índice de Función Sexual Femenina (FSFI). En:
BLÜMEL, J; BINFA, L; CATALDO, P; CARRASCO, A; IZAGUIRRE, H; SARRÁ, S. 2004
ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA
SEXUALIDAD DE LA MUJER. Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología. 69(2): 118-
125.
34. SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS
(SEAS). (s/f). Afrontamiento.
Disponible en: [http:// ucm.es/info/ceas/fog/afrota.htm](http://ucm.es/info/ceas/fog/afrota.htm).
Consultado 16 de junio 2006
35. SZASZ, I; LERNER, S. 1999. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa
en salud reproductiva y sexualidad. 2 ed. México. Editorial el Colegio de México. Pp
69-70.
36. VIDAL, C. 2001. Esterilidad e Infertilidad humana. Abordaje y tratamiento. Rev.
Farmacia Profesional. España. 15 (8): 96-101.

8. ANEXOS

8.1. PAUTA ENTREVISTA

8.1.1. Antecedentes generales

8.1.2. Primera Dimensión:

- Motivación para la maternidad
- Significado mujer sin poder tener hijos
- Influencia sociedad en la maternidad
- Género
- Significado del diagnóstico de infertilidad
- Religión como factor influyente en el deseo de ser madre

8.1.3. Segunda Dimensión

- Actividad sexual previo al diagnóstico
- Variaciones luego de este(frecuencia, deseo, programación, motivación, satisfacción.)

8.1.4. Tercera Dimensión

- Infertilidad, percepción, significados y repercusiones.

8.1.5. Cuarta Dimensión

- Animo, ansiedad, autoestima.
- Procedimientos.
- Culpa.
- Certeza diagnóstico.

8.1.6. Quinta Dimensión

- Redes de apoyo (familiar. Institucional)
- Necesidad de apoyo.
- Atención recibida.
- Necesidad de complementariedad de la atención.

8.1.7. Sexta Dimensión

- Motivaciones a seguir indicaciones
- Duración Tratamiento
- Presencia de la pareja en controles
- Alternativas(Adopción, otras)

8.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, he sido informada por la Srta. JIMENA PAZ MANSILLA MILLAR, estudiante de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, que realiza su trabajo de tesis acerca de Las Respuestas adaptativas de las mujeres en tratamiento de infertilidad en el plano de la Salud Sexual y Reproductiva, es por ello que yo:

Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo de investigación, relatando mis vivencias.

He sido informada claramente sobre el rol que me concierne dentro del trabajo y la metodología a utilizar en el estudio de investigación así también, se me han presentado los objetivos que persigue este trabajo.

Autorizo a la Srta. Jimena Mansilla, a que utilice la información que yo le entregue reservando mi identidad. He sido informado que puedo retirar mi colaboración y participación, en cualquier momento que yo desee.

Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora y / o colaboradoras del proyecto. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto: Jimena Mansilla Millar.

Autorizo a la Srta. Jimena Mansilla, para grabar nuestras conversaciones. Luego de las cuales recibiré una copia transcrita de estas.

Fijaremos día, hora y lugar donde se realizará la entrevista según mutua disponibilidad horaria.

Manifiesto que he entendido lo establecido y otorgo mi consentimiento sin que haya sido forzada u obligada y para que así conste, firmo el presente documento.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la tesista

8.3 INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA (Rosen y Cols)

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

Casi siempre o siempre	5 puntos
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	4 puntos
Algunas veces (la mitad de las veces)	3 puntos
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	2 puntos
Casi nunca o nunca	1 punto

2- En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

Muy alto	5 puntos
Alto	4 puntos
Regular	3 puntos
Bajo	2 puntos
Muy bajo o nada	1 punto

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual	0 punto
Casi siempre o siempre	5 puntos
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	4 puntos
Algunas veces (la mitad de las veces)	3 puntos
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	2 puntos
Casi nunca o nunca	1 punto

4- En las últimas 4 semanas, en que porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual	0 punto
Muy alto	5 puntos
Alto	4 puntos
Moderado	3 puntos
Bajo	2 puntos
Muy bajo o nada	1 punto

5- En las últimas 4 semanas, que confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual	0 punto
Muy alta confianza	5 puntos
Alta confianza	4 puntos
Moderada confianza	3 puntos
Baja confianza	2 puntos
Muy baja o sin confianza	1 punto

6- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante su actividad sexual?

Sin actividad sexual	0 punto
Casi siempre o siempre	5 puntos
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	4 puntos
Algunas veces (la mitad de las veces)	3 puntos
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	2 puntos
Casi nunca o nunca	1 punto

7- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad sexual?

Sin actividad sexual	0 punto
Casi siempre o siempre	5 puntos
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	4 puntos
Algunas veces (la mitad de las veces)	3 puntos
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	2 puntos
Casi nunca o nunca	1 punto

8- En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual	0 punto
Extremadamente difícil o imposible	1 punto
Muy difícil	2 puntos
Difícil	3 puntos
Levemente difícil	4 puntos
Sin dificultad	5 puntos

9- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual	0 punto
Casi siempre o siempre	5 puntos
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	4 puntos
Algunas veces (la mitad de las veces)	3 puntos
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	2 puntos
Casi nunca o nunca	1 punto

10- En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual	0 punto
Extremadamente difícil o imposible	1 punto
Muy difícil	2 puntos
Difícil	3 puntos
Levemente difícil	4 puntos
Sin dificultad	5 puntos

11- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, con qué frecuencia logra el orgasmo (climax)?

Sin actividad sexual	0 punto
Casi siempre o siempre	5 puntos
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	4 puntos
Algunas veces (la mitad de las veces)	3 puntos
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	2 puntos
Casi nunca o nunca	1 punto

12- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, cuán difícil fue lograr el orgasmo (climax)?

Sin actividad sexual	0 punto
Extremadamente difícil o imposible	1 punto
Muy difícil	2 puntos
Difícil	3 puntos
Levemente difícil	4 puntos
Sin dificultad	5 puntos

13- En las últimas 4 semanas, cuán satisfecha esta con su capacidad para lograr el orgasmo (climax) durante su actividad sexual?

Sin actividad sexual	0 punto
Muy satisfecha	5 puntos
Moderadamente satisfecha	4 puntos
Ni satisfecha ni insatisfecha	3 puntos
Moderadamente insatisfecha	2 puntos
Muy insatisfecha	1 punto

14- En las últimas 4 semanas, Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

Sin actividad sexual	0 punto
Muy satisfecha	5 puntos
Moderadamente satisfecha	4 puntos
Ni satisfecha ni insatisfecha	3 puntos
Moderadamente insatisfecha	2 puntos
Muy insatisfecha	1 punto

15- En las últimas 4 semanas, Cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?

Muy satisfecha	5 puntos
Moderadamente satisfecha	4 puntos
Ni satisfecha ni insatisfecha	3 puntos
Moderadamente insatisfecha	2 puntos
Muy insatisfecha	1 punto

16- En las últimas 4 semanas, Cuán satisfecha a estado con su vida sexual en general?

Muy satisfecha	5 puntos
Moderadamente satisfecha	4 puntos
Ni satisfecha ni insatisfecha	3 puntos
Moderadamente insatisfecha	2 puntos
Muy insatisfecha	1 punto

17- En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

Sin actividad sexual	0 punto
Casi siempre o siempre	1 punto
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	2 puntos
Algunas veces (la mitad de las veces)	3 puntos
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	4 puntos
Casi nunca o nunca	5 puntos

18- En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

Sin actividad sexual	0 punto
Casi siempre o siempre	1 punto
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	2 puntos
Algunas veces (la mitad de las veces)	3 puntos
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	4 puntos
Casi nunca o nunca	5 puntos

19- En las últimas 4 semanas, Con que porcentaje usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

Sin actividad sexual	0 punto
Muy alto	1 punto
Alto	2 puntos
Regular	3 puntos
Bajo	4 puntos
Muy bajo o nada	5 puntos

Sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfacción	14, 15, 16	0 (o 1)-5	0,4	0	6,0
Dolor	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0
Rango total de la escala				2,0	36,0

8.4. RESULTADOS INDICE DE FUNCION SEXUAL

Participantes	Dominios						Total
	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	
A1	5,4	5,7	6	6	6	6	35,1
A2	4,8	3,9	5,1	4,0	5,6	6	29,4
A3	4,8	5,1	5,7	6,0	6,0	5,6	33,2
A4	6	5,1	5,4	4,4	6	2,0	28,9
A5	4,8	4,8	4,8	4,0	4,8	5,6	28,8

8.5. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E HISTORIA CLÍNICA DE LAS ENTREVISTADAS

A1: 37 años, reside en la ciudad de Valdivia, educación media completa se desempeña como Técnico paramédico, además de ser dueña de casa. Actualmente se encuentra soltera estuvo casada por 3 años y medio y luego con una pareja convivió por cuatro años. Es de religión Católica.

En cuanto a sus antecedentes mórbidos personales, se señala un tumor de Hipófisis. En relación a los antecedentes Gineco-Obstétricos destaca: Menarquia a los 12 años, un inicio de actividad sexual a los 19 años, 10 parejas sexuales, sin antecedentes de infecciones de transmisión sexual. Posee una Infertilidad de tipo secundario, ya que ha tenido un aborto espontáneo (1995) y 2 embarazos ectópicos. (Tubaros).

Ingreso al Policlínico hace 5 años, luego de estar más de un año con pareja y sin estar utilizando ningún método anticonceptivo. Es allí donde se descubre la presencia de un pequeño tumor en la Hipófisis el cual fue tratado, un año posterior a esto, aun no existía embarazo por lo cual se le realizan nuevos procedimientos y se descubren secuelas inflamatorias en la serosa, un hidrosalpix bilateral Se opera donde hay una liberación completa de los anexos y salpingostomia, al año logra embarazarse pero en forma ectópica con hemosalpax izquierdo, por lo cual se el extirpa la trompa izquierda, 2 años más tarde logra nuevamente embarazarse pero también es de forma ectópica esta vez se conserva la trompa. Actualmente planea un viaje y posterior residencia en Estados Unidos, ahora sin pareja no continuara en tratamiento aunque no lo descarta en un futuro.

A2: 30 años, reside en la ciudad de Valdivia, posee una educación media completa, secretaria actualmente trabaja de comerciante en un negocio de abarrotes adosado a su hogar, además de realizar las actividades domésticas propias. Es casada hace 10 años, su marido se desempeña como técnico de mantención. Profesa la religión Evangélica.

En cuanto a sus antecedentes mórbidos no refiere ninguno. En relación a los Gineco-Obstétricos destaca: Una menarquia a los 14 años, inicio de actividad sexual a los 19 años, 2 parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual no refiere, como métodos anticonceptivos han utilizado el Dispositivo intrauterino (T de cobre) durante un periodo de 2 años, para luego utilizar anticonceptivos orales durante 2 años y medio. Tiene una Infertilidad de tipo secundario ya que tuvo un parto de término en el año 1996.

Ingreso al Policlínico hace 5 años, dentro de los procedimientos realizados podemos destacar: Laparoscopia y Histeroscopia, por medio de los cuales se descubren sinequias uterinas e hidrosalpix bilateral, se realiza salpingostomia izquierda y fimbrio plastía derecha, posteriormente luego de otros procedimientos se realiza una salpingostomia derecha.

Durante las entrevistas se mostró como una persona sensible algo afectada por el tema no pierde la esperanza de lograr embarazarse, para lo cual planea averiguar alguna alternativa de tratamiento en Santiago.

A3: 24 años, reside en la ciudad e Valdivia, posee una educación media completa, al comienzo de la investigación vivía en casa de sus padres junto a su pareja, al pasar el tiempo se independiza de sus padres habitando otro lugar con su pareja, con la cual llevan 3 años de convivencia y 5 años de relación. Se desempeña ejerciendo labores del hogar mientras su pareja realiza actividades como soldador. Es de religión católica.

No refiere antecedentes mórbidos personales. Dentro de los antecedentes Gineco-Obstétricos se destaca un inicio de la actividad sexual a los 19 años, una pareja sexual. Sin antecedentes de Infecciones de transmisión sexual, nunca han utilizado métodos anticonceptivos, presenta una Infertilidad de tipo primario.

Inicio su atención en el Policlínico en Marzo del año 2005. Los procedimientos que se le han realizado son: de tipo hormonal ya que presenta anovulación, luego de esto a su pareja se le han realizada 2 espermogramas los que han resultado alterados.

A4: 23 años, reside en la ciudad de Valdivia, educación media completa actualmente esta finalizando su práctica de técnico Forestal, además de realizar actividades del Hogar. Convive con su pareja hace 2 años y medio, este se desempeña como soldador. Es de religión católica.

Dentro de sus antecedentes mórbidos personales sólo destaca una Hiperinsulinemia. En relación a los antecedentes Gineco-Obstétricos tuvo una Menarquia los 15 años, un inicio de actividad sexual a los 19 años, 1 pareja sexual, sin antecedentes de Infecciones de transmisión sexual, nunca ha utilizado métodos anticonceptivos. Tiene una Infertilidad de tipo primaria

Ingreso al Policlínico hace 5 meses, previamente había consultado en el Policlínico de Ginecología por metrorragias, donde pierde continuidad. En el Policlínico de Infertilidad lugar en donde se le ha realizado una Eco vaginal, junto a las pruebas hormonales y la clínica se le diagnostica Síndrome de Ovario poliquístico además de una hiperinsulinemia actualmente en tratamiento con metformina.

A5: 29 años, reside en la ciudad de Valdivia, educación media completa, se desempeña como asesora del hogar, vive en casa de sus padres junto a su pareja con el que convive hace 11 años y a su hijo de 10 años y otros familiares. Su pareja se desempeña como pescador por lo que pasa periodos largos de tiempo fuera del hogar. Es de religión Católica

No refiere antecedentes mórbidos personales, dentro de los antecedentes Gineco-Obstétricos se destaca una Menarquia a los 13 años, un inicio de la actividad sexual a los 17 años, 2 parejas sexuales, sin antecedentes de Infecciones de Transmisión sexual. Como método anticonceptivo ha utilizado dispositivo intrauterino Tiene una Infertilidad de tipo secundario ya que tuvo un parto eutócico el año 1994.

Ingreso al Policlínico hace 5 meses, refiere que lo hizo solamente por darle el gusto a su pareja ya que el es el que quiere otro hijo, se le han realizado ecografía, en la cual se pesquiso un quiste hemorrágico.