

Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad

Jorge Alberto Álvarez-Díaz*

Doctorado del Programa de Ciencias Socio-sanitarias y Humanidades Médicas, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid, España

Recibido en su versión modificada: 23 de junio de 2006

Aceptado: 15 de diciembre de 2006

RESUMEN

Se realizó un estudio bibliohemerográfico de tipo monográfico con el fin de revisar el vivenciar de la sexualidad en parejas con problemas de fertilidad a partir del modelo de la sexualidad humana de Rubio Aurióles. Se describen los cuatro holones (reproductividad, erotismo, vínculos afectivos y género) en parejas con problemas de fertilidad, haciendo referencia a las investigaciones clínicas que se han hecho respecto a la sexualidad en este grupo de parejas, aunado a algunas reflexiones teóricas.

Palabras clave:

Sexualidad, reproductividad, erotismo, vínculos afectivos, género, fertilidad

SUMMARY

A monographic type, bibliographic and hemerographic study on the sexuality in couples with fertility problems is presented. The study is based on the Rubio Aurióles' model of human sexuality, and the four holones (reproductivity, eroticism, affective bonds, gender) in couples with fertility problems are described. A review of clinical studies on the prevailing sexuality in this kind of couples and some theoretical reflections are also presented.

Keywords:

Sexuality, reproduction, eroticism, affective bonds, gender, fertility

¿Porqué hablar de la sexualidad en parejas con problemas de fertilidad?

Luego de la convocatoria a una consulta regional, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (PAHO/WHO) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS) se reunieron en el año 2000 para reevaluar las estrategias de promoción de la salud sexual, donde se consideró el papel del sector salud en la consecución y mantenimiento de la salud sexual.¹ En un documento, se presentaron pautas importantes que justifican una revisión como este trabajo.

Dentro de las preocupaciones relacionadas con la salud sexual, el sexto punto dice: las "situaciones relacionadas con la reproducción que pueden afectar la salud sexual", donde acota la "falta de servicios de prevención y cuidado de la infertilidad". Además, se llega a un acuerdo sobre problemas de salud sexual como síndromes clínicos, agrupados para optimizar asistencia, en investigación y docencia del área. El sexto grupo abarca los "síndromes relacionados con la reproducción", donde se incluyen la esterilidad y la infertilidad. El documento termina con "acciones y estrategias para promover la salud sexual", cuya meta número 5 consiste en "promover y auspiciar la investigación y la evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante".

Existen pocos antecedentes respecto al manejo teórico,² clínico, de investigación o docente respecto al impacto que tienen los problemas de la fertilidad sobre la sexualidad. La mayoría de los trabajos publicados, así como los presentados en congresos, se refieren a disfunciones de la vida erótica (conocidas comúnmente como disfunciones sexuales, tales como el deseo sexual hipoactivo, la disfunción eréctil, etc.) y, un poco menos a cuestiones de género, siendo poco lo que se refiere a la vinculación afectiva (ciclo de formación de pareja, etc.). Sin embargo, una visión un poco más general, donde se abarque la sexualidad humana en sus múltiples dimensiones en un solo estudio, es más la excepción que la regla. Así pues, en un intento por cooperar para llenar el vacío de conocimiento que en general se tiene respecto de la sexualidad en parejas con problemas de fertilidad, se preparó este trabajo.

¿Qué es la sexualidad humana?

Las definiciones y el estudio de la sexualidad humana pueden realizarse desde diferentes perspectivas tales como la biológica, psicológica, social, antropológica, cultural, legal, filosófica, etc. El estudio de la sexualidad humana ha buscado una fórmula para integrar una metodología que dé homogeneidad al trabajo científico, labor nada fácil considerando que la sexualidad es, para Rubio Aureoles,³ ante todo

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: Jorge Alberto Álvarez-Díaz. Programa de Ciencias Socio-sanitarias y Humanidades Médicas, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Pabellón IV Bajo, Despacho 3. Ciudad Universitaria 28040, Madrid, España. Correo electrónico: bioetica_reproductiva@hotmail.com

una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual y, por tanto, nunca es un concepto acabado y definitivo. Además, los estudios antropológicos sobre el comportamiento sexual en diversos pueblos y países muestran que la variabilidad y la diversidad de prácticas consideradas como sexuales son la regla en materia de sexualidad.⁴

Ante esta problemática, Rubio Auriol se apoya en un marco conceptual que permitiría una resolución, considerando los principios de von Bertalanffy: la sexualidad puede, necesita y debe ser estudiada con métodos de muy diversas áreas del conocimiento que nos aproximen a su entendimiento de una manera integral. Además, en la teoría general de los sistemas se menciona que éstos están formados por elementos de interacción que a su vez se vuelven sistemas. Köestler propuso que se les denominara holones para subrayar el hecho de que son parte constituyente de un todo (prefijo holos, todo; y uso del sufijo on, parte de, como en protón y electrón).

Esta serie de reflexiones y consideraciones llevan a Rubio Auriol a plantear que la estructuración de la sexualidad es el resultado de las construcciones que hace el individuo (y que se hacen en él) de las experiencias vividas como resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los holones de la sexualidad. Estos holones serían los de la reproductividad, del género, del erotismo y de la vinculación afectiva.

El holón de la reproductividad corresponde a la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (no idénticos) a quienes los produjeron; incluye las construcciones mentales acerca de esta posibilidad. Va más allá de tener o no hijos, ya que implicaría también la reproducción de ideas o estilos de vida. Desde una perspectiva biológica, incluye al sistema reproductivo, la concepción, el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia; la anticoncepción, la intercepción y el aborto. Desde la psicología, se puede hablar en el ámbito individual sobre la identidad reproductiva, los significados psicológicos de la parentalidad (maternidad/paternidad), y en el ámbito psicológico social sobre las conductas reproductivas y contraceptivas de forma grupal. Desde la sociología se pueden mencionar los guiones parentales; desde la antropología el papel que se le da a la paternidad y a la maternidad en la cultura. El ámbito legal incluiría la legislación sobre maternidad, paternidad, filiación, adopción, cuestiones de derecho sucesorio, etc.

El holón del erotismo se refiere a los procesos humanos en torno del apetito por la excitación sexual, de la excitación misma y del orgasmo, de sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como de las construcciones mentales alrededor de esas experiencias. Tiene su base fisiológica bioquímica neuronal en los procesos de la vivencia erótica y en la fisiología de la respuesta sexual. En el ámbito psicológico individual, se pueden identificar la identidad erótica, la simbolización erótica y las experiencias autoeróticas mientras que en el ámbito psicológico social se incluiría el significado grupal de la experiencia erótica, de las actitudes ante la virginidad y la permisividad premarital, etc. Desde la sociología se incluyen guiones de conducta erótica, reacciones ante conductas aceptadas y

prohibidas, homofobia, erotofobia, misoginia, etc. Desde la antropología es muy importante la adopción y modificación de códigos morales, la doble moral, etc. Desde el aspecto legal está todo el grupo de normativas que permite algunos tipos de conducta erótica de expresión pública y otros no.

El holón de los vínculos afectivos corresponde a la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva), ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad del otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan. Existe toda una base fisiológica de fenómenos de vinculación humana. En el ámbito psicológico individual, se relacionan las emociones vinculativas, la experiencia amorosa, los patrones de apego, el enamoramiento, mientras que lo psicológico social tiene que ver con los patrones de formación y ciclo de las parejas. Desde la sociología, se integran los determinantes socioculturales para la formación de parejas, y los significados de tal tipo de vinculación y, desde lo antropológico, la formación y disolución de vínculos. El ámbito del derecho legisla sobre esta materia en leyes de matrimonio, divorcio, uniones civiles, etc.

El holón del género corresponde a una serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como a las características del individuo que las ubican en algún rango de las diferencias. Estas construcciones mentales se relacionan con construcciones sociales que asignan papeles y responsabilidades específicas a hombres y mujeres en una sociedad dada. Tiene su base en el dimorfismo sexual humano (genético, anatómico, neurohormonal y su expresión fisiológica). En el ámbito psicológico individual, destaca la identidad de género y, desde lo psicológico social, los papeles sexuales de masculinidades y feminidades. Desde la sociología, sobresalen guiones y estereotipos sociales de la masculinidad y la femineidad (machismo, hembrismo) y sus variantes probables y posibles. La antropología trata el género en su dimensión cultural, así como otras variables culturales como las relaciones de poder, etc. Desde lo legal, se anota la legislación en materia de género, la función de ser hombre o ser mujer y sus connotaciones legales.

Este modelo tiene muchas ventajas. Tal vez la principal es que ofrece precisión y claridad metodológica para la asistencia, investigación y docencia en el ámbito de la sexualidad humana y de la salud sexual.⁵ Además, es uno de los referentes teóricos importantes en los que se basó la reunión regional de consulta de PAHO/WHO y WAS, tanto para el estudio mismo de la sexualidad humana, la nosología de sus disfunciones y problemas, así como para considerar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento en materia de sexualidad humana.

Parejas y problemas de fertilidad

Una vez que se ha dicho cómo se conceptualiza la sexualidad humana en este trabajo, es necesario definir el resto de las variables mencionadas. En efecto, para cualquier fin, ya sea

asistencial, de investigación o docente, es necesario tratar de uniformar criterios o al menos mencionar la perspectiva desde la cual se trabaja para aproximarse a una realidad específica.

Una definición amplia de pareja es enunciar que se trata de dos seres humanos con un proyecto de vida común. Pueden o no vivir juntos, pueden o no reproducirse, pueden o no sostener relaciones eróticas, pueden o no tener vínculos legales. Esto hace la definición enormemente amplia y, a su vez, lo suficientemente operativa en el campo de una sexualidad humana tan compleja y variable dentro de los diferentes marcos socioculturales e históricos. A pesar de todo lo anterior, el trabajo se circunscribe a la pareja heterosexual, considerando que comúnmente es la que tiene problemas de fertilidad que atender. Hoy día es conocido que, también, otro tipo de parejas (homosexuales, transexuales, etc.) busca reproducirse y tiene características particulares en su sexualidad, aspecto que queda fuera de los objetivos y alcances de este trabajo.

Un problema se puede definir como la diferencia que hay entre lo que existe y lo que es deseable que exista (o lo que debería existir, bajo un criterio de tipo normativo). En este trabajo se circunscribe a los problemas de la fertilidad.

Se entiende por fertilidad la capacidad de conseguir un embarazo, agregándose las más de las veces el epílogo: "de forma espontánea". Esto hace que se puedan diagnosticar la esterilidad y la infertilidad, ya que si no existiera dicho epílogo, las técnicas de reproducción asistida hubieran tenido que modificar considerablemente la epidemiología de dichas entidades. Por otra parte, no se ha querido hablar simplemente de esterilidad, infertilidad o subfertilidad debido a que se sabe, desde el punto de vista médico, que son diagnósticos que revelan una entidad patológica, pero desde el punto de vista de la población general (al menos en un estudio realizado en seis naciones europeas, USA y Australia) no se le considera como tal⁶ (probablemente en naciones latinoamericanas sea igual, pero habría que explorarlo). Si es así, la pareja con problemas de fertilidad puede no autopercebirse como enferma, así que el hablar de un problema de fertilidad podría ayudar a no producir en estas parejas estigmatización, discriminación, etc.

Los problemas fundamentales de la fertilidad son la esterilidad y la infertilidad. Se entiende por esterilidad la incapacidad del varón o de la mujer de concebir.⁷ Se trata de un problema mundial de salud reproductiva. Se clasifica a su vez en primaria y secundaria. La esterilidad primaria se da cuando la pareja, luego de un año de relaciones sexuales sin uso de método anticonceptivo y con búsqueda intencionada de descendencia, no ha logrado concebir. La esterilidad secundaria se da cuando la pareja, luego de concebir, no logra una nueva gestación tras dos o más años de intentarlo. La infertilidad es la incapacidad para producir un hijo vivo. Así pues, la infertilidad primaria es padecida por la pareja que consigue una gestación sin llevarla a término adecuado (aborto, pérdida repetida de la gestación, etc.); la infertilidad secundaria se refiere a que, luego de un parto con al menos un nacido vivo, no puede llevarse a término una nueva gestación. Sin embargo, como el término "infertilidad" habla de "incapacidad", en la clínica se traduce en realidad en una "discapacidad" o capacidad disminuida, por lo que se utiliza

cada vez más ampliamente el término de subfertilidad, en el entendido entonces de que se cuenta con una fertilidad por debajo de un óptimo que permite la aparición de un embarazo espontáneo bajo las características ya señaladas. Dunson,⁸ por ejemplo, reconceptualiza estos términos afirmando que la esterilidad es la imposibilidad de concebir sin reproducción asistida, mientras que la infertilidad correspondería a la imposibilidad de concepción sin este tipo de adyuvantes luego de un año de relaciones con búsqueda reproductiva y sin método anticonceptivo. Tan importante de aclarar esto es porque la definición clásica de esterilidad considera como variables la pareja, el tiempo y el coito, teniendo que reconsiderar hoy día estas tres variables luego del desarrollo la medicina reproductiva.⁹

Por todo lo anterior, este trabajo menciona algunos aspectos sobre los holones de la sexualidad humana en la literatura biomédica y psicosocial, aunado a algunas reflexiones teóricas, en relación con parejas heterosexuales con diagnóstico de esterilidad o de algún tipo de subfertilidad.

El holón de la reproductividad en parejas con problemas de fertilidad

Si se habla de la posibilidad de la concatenación de eventos con problemática potencial dentro de la sexualidad de parejas con problemas de fertilidad; evidentemente el holón afectado inicialmente y a partir del cual se desprende el resto de la problemática es el de la reproductividad.

Al corresponder el holón de la reproductividad no sólo a la posibilidad biológica de la producción de individuos sino también a las construcciones mentales acerca de esta posibilidad, la mirada biomédica tradicional debe intentar ir más allá de la búsqueda de atención de las variables biológicas relacionadas con la concepción, embarazo, parto, puerperio y lactancia; anticoncepción, intercepción y aborto. Se debe considerar la esfera psicológica de las representaciones que se tienen respecto a la parentalidad (maternidad/paternidad) y, más aún, las concepciones que se den al papel de la paternidad y la maternidad en la cultura desde la esfera antropológica.¹⁰ Tradicionalmente en la llamada cultura occidental, la coexistencia de las funciones reproductivas y eróticas en los órganos sexuales pélvicos de varones y mujeres ha representado la fuerte asociación entre reproductividad y sexualidad. Así pues, el útero como pieza anatómica ha tenido la simbolización de la reproducción¹¹ y la menstruación ha sido un elemento cultural importante para la identidad del género femenino.¹² Si bien existe en este sentido algún antecedente sobre las concepciones respecto a la parentalidad como la relación materno-fetal en México,¹³ poco se sabe sobre cómo se reconstruyen los significados socioculturales de la parentalidad en parejas con problemas de fertilidad para afrontar la necesidad de donación (de gametos o embriones) o de adopción.¹⁴ Es indispensable considerar las variables socioculturales, antropológicas y religiosas¹⁵ de cada individuo y el vivenciar en pareja de estas concepciones, deconstruir y reconstruirlas con el avance científico, tecnológico y bioético disponible hoy en día.

Con la ciencia y la tecnología disponible hasta el día de hoy existen al menos tres diferentes criterios posibles para la parentalidad: el genético, el biológico y el social. Así, habría la posibilidad de que 5 individuos diferentes se relacionaran con un producto: la madre genética (quien aporta el ovocito), la madre biológica (quien gesta), la madre social (quien cuida al recién nacido durante su desarrollo ulterior), el padre genético (quien aporta el esperma), y el padre social (quien cuida al recién nacido durante su desarrollo posterior al nacimiento). Con las múltiples posibilidades que se pueden dar entre estas combinaciones, es importante explorar y redefinir la parentalidad en este tipo de relaciones de reciente aparición en nuestra historia como humanidad. Hay que reentender la maternidad y la paternidad y esto tendrá importantes repercusiones más allá de la relación clínica, por ejemplo en el ámbito legal. Hoy día se podría hablar mejor de maternidades y paternidades en el entendido de que no se trata de una forma única.

El holón del erotismo en parejas con problemas de fertilidad

Una vez conceptualizado que el holón del erotismo se refiere a los procesos humanos en torno del apetito por la excitación sexual, de la excitación misma y del orgasmo, de sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como a las construcciones mentales alrededor de esas experiencias, se puede hacer notar que actividades que pueden aparecer tan necesarias y naturales para el profesional de salud, pueden ser percibidas negativamente en este ámbito por la pareja. Por ejemplo, la indicación aparentemente sencilla del incremento en la frecuencia de las relaciones o de las relaciones programadas que parecería tan lógica para la conceptualización puramente fisiológica de la reproducción, puede resultar en una experiencia erótica desastrosa, desde un deseo sexual hipoactivo, hasta una disfunción eréctil situacional. Aunque el ámbito de las disfunciones sexuales, asociadas directamente como problemática del holón del erotismo, es tan amplio que sería motivo de otro trabajo, se menciona por su relevancia en el presente contexto.

La actividad sexual de una pareja con problemas de fertilidad puede llegar a realizarse de manera compulsiva en los supuestos momentos de la ovulación, aun sin estar sujetos a algún tipo de tratamiento específico, lo que puede llevar a que la experiencia erótica no sólo no sea satisfactoria, sino que se convierta en verdaderamente desagradable y hasta frustrante al no responder a la demanda del hijo deseado.¹⁶

En estudios recientes, se muestra que los hombres experimentan menos placer sexual en relaciones programadas, probablemente por la presión psicológica que representa un intento por concebir o bien por forzar la relación en un momento determinado dentro del ciclo ovárico.¹⁷

Se sabe poco sobre el holón del erotismo en parejas con problemas de fertilidad porque existen pocos estudios al respecto. Cuando la situación biológica es muy evidente, como en el caso de la histerectomía (un ejemplo claro de subfertilidad), se podría pensar que, de acuerdo con lo que se anotó respecto de la simbolización cultural del útero y su función, su

inexistencia podría tener un resultado negativo sobre la sexualidad en la esfera erótica. Sin embargo, los estudios no son muy claros al respecto.¹⁸

Una revisión sobre el tema en las bases hemerográficas más importantes de habla inglesa (Medline) e hispana (IME, Índice Médico Español), parece favorecer la histerectomía supracervical al aducir menos complicaciones, no solo en el vivenciar erótico, sino de tipo urinario, por lo que hay que realizar estudios clínicos bien diseñados con grupo control y tratamiento estadístico apropiados.¹⁹ Por otro lado, un estudio multicéntrico, hecho en tres naciones europeas (Francia, Bélgica y Holanda),²⁰ encontró que la frecuencia coital, la espontaneidad para la relación sexual, la satisfacción sexual, el interés sexual y el placer sexual disminuyen en parejas con problemas de fertilidad. En otro estudio realizado en USA, se pusieron en evidencia los cambios en las áreas del deseo sexual, duración del juego previo a la relación, excitación, orgasmo y frecuencia de las relaciones sexuales, a la vez que se recomendaba investigar posteriormente la asociación con otras variables (como depresión, ansiedad, etc.).²¹ En otras palabras, la respuesta sexual humana puede verse afectada por distintos factores y en distinta intensidad dependiendo del problema de fertilidad por el que pase la pareja en todas sus fases.

En caso de presentarse el embarazo, la pareja con problemas de fertilidad continúa con un erotismo disminuido, al parecer por miedo²² a la pérdida de un producto que es considerado como muy valioso por la búsqueda intensa y su difícil logro. Así pues, la frecuencia de relaciones, al menos durante el embarazo, disminuye más en parejas con problemas de fertilidad que en aquellas parejas que no experimentaron este tipo de problemas. Si a esto se une que, en parejas sin problemas de fertilidad, el nivel de funcionamiento sexual después de la concepción parece determinar el comportamiento sexual en el año después del parto, que el nacimiento también se asocia a una disminución en la frecuencia y en la satisfacción de las relaciones sexuales por lo menos en el año siguiente al parto,²³ habría que pensar en que algunas parejas podrían requerir consulta por esta causa, o bien, en la posibilidad de su exploración al momento de las consultas de seguimiento durante el puerperio.

Finalmente, el erotismo no es sinónimo de reproductividad; eso se ha demostrado con el hecho que la calidad seminal es independiente de que haya o no estímulo erótico, como se ha notado con el semen que se colecta por masturbación.²⁴

El holón de los vínculos afectivos en parejas con problemas de fertilidad

Correspondiendo el holón de los vínculos afectivos a la capacidad humana de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad del otro ser humano en específico, así como a las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan, se puede apreciar que la situación es compleja tanto en su teorización como en su investigación. Si bien se ha denotado

en alguna ocasión lo fundamental de un aspecto como el amor,²⁵ no es muy claro cómo se lleva el proceso del ciclo de pareja en las que se vive problemas de fertilidad. Otro aspecto poco explorado.

Un estudio sobre el autoconcepto de las parejas estériles por factor masculino y femenino²⁶ utilizó como instrumento la Escala de Medición del Autoconcepto de Tennessee de Williams Fitts. Se encontraron puntajes menores en las áreas de autocrítica, autoconcepto, identidad, Yo físico, Yo ético-moral, Yo familiar y Yo social, siendo estadísticamente significativa la asociación con las variables edad, escolaridad y ocupación. Otro estudio comparó la satisfacción marital entre parejas fértiles y estériles, utilizando la Escala de Satisfacción Marital de Pick y Andrade,²⁷ encontrándose diferencias significativas en las escalas de Satisfacción con la Interacción Conyugal y Satisfacción con Aspectos Estructurales del Cónyuge; no hubo diferencias significativas en las escalas de Satisfacción con Aspectos Emocionales del Cónyuge ni en la de Satisfacción Marital Total entre las parejas fértiles y estériles. Diferencias por género se han reportado en Taiwán, donde, en general, las mujeres expresan menos satisfacción sexual y marital que sus esposos, independientemente de que se trate de factor masculino o femenino.²⁸ Unos estudios a largo plazo han mostrado que la aparición de hijos biológicos mediante fertilización *in vitro* ha tenido un impacto positivo sobre la relación de pareja, mientras que este impacto fue negativo en las parejas que continuaron sin hijos.²⁹

Es importante volver a reflexionar en el aspecto de la tasa de nacidos vivos en relación con el tratamiento al que se sometió la pareja con problemas de fertilidad. Se sabe que un 10 a 15% de las parejas tiene un problema de fertilidad (esterilidad o al menos un tipo de subfertilidad). Un porcentaje significativo resolverá el problema con orientación y tratamiento que puede considerarse como no complejo; otras parejas pasarán por técnicas de reproducción asistida, sencillas como la inseminación, o complejas como la fertilización *in vitro* o la micromanipulación de gametos. Gracias a los éxitos obtenidos por los avances científicos y técnicos de nuestra época, la cantidad de parejas con problemas de fertilidad va en disminución; sin embargo, sigue habiendo un número reducido de parejas que vive la frustración de desear un hijo y no poder conseguirlo. Es en esta parte de la población que hay que pensar más; en efecto, a medida que disminuyen sus posibilidades de tratamiento en lo biológico, va también disminuyendo el apoyo psicológico cuando debiera ser mayor; simplemente no hay estudios que hablen de una forma de psicoterapia adecuada para ayudar a asumir esta condición tan particular (por algo se recurre a la medicina reproductiva). Entender este campo resulta interesante en aproximaciones cualitativas, como intentos de comprensión de variables antropológicas,³⁰ pero siempre será necesario conjugar estos aspectos humanísticos con la clínica. Además, es importante recordar que las aproximaciones cualitativas ayudan a plantearse hipótesis mejor estructuradas para investigaciones posteriores.

El holón del género en parejas con problemas de fertilidad

Para Lagarde,³¹ la perspectiva de género hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica que sintetiza la teoría, la filosofía y la política liberadoras, creadas por las mujeres en la cultura feminista. La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los varones de manera específica, sus semejanzas y sus diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y de los varones: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras como lo hacen. El análisis de género feminista, detractor del orden patriarcal, contiene de manera específica una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes producidos por la organización genérica apoyada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquía política de las personas de acuerdo con su género.³¹

La perspectiva de género implica una visión ética sobre el desarrollo y la democracia como contenidos de vida para enfrentar la inequidad, la desigualdad y la injusticia. Esto implica la visión de que todas las personas viven inmersas en relaciones de poder marcadas por su género. Los varones como género tienen asegurado el dominio en el mundo y las mujeres como género tienen asegurado el cautiverio.³² Los poderes intergenéricos e intragenéricos están articulados entre sí y forman el complejo orden político del mundo patriarcal.³³ La propuesta de género feminista implica una redistribución de los poderes sociales, la transformación de los mecanismos de creación y la reproducción de esos poderes.

La importancia de este tipo de estudios, con una visión de la perspectiva de género, dice Hierro, es que “No se intenta pensar SOBRE LAS MUJERES –las mayúsculas son del texto original– (que esto lo han hecho tradicionalmente los hombres) sino de investigar desde la óptica feminista todos los aspectos de la cultura”.³⁴ Es por ello que, bajo la perspectiva teorizada precisamente por mujeres, sus voces son tomadas. Reflexionar con posturas enunciadas por los varones implica de alguna manera continuar con el empoderamiento genérico que se ha otorgado al género masculino en la sociedad patriarcal actual sobre el género femenino. Estas posturas podrían corresponder a las de instituciones oficiales donde predominantemente desarrollan el trabajo los hombres.

Una relación importante es la que puede establecerse entonces entre la posibilidad de reproducirse como un factor adicional que afianza o no la identidad de género y la demostración de poder. Se ha explorado este contexto en relación con la maternidad y, cuando ésta aparece bajo ciertos contextos de pobreza y baja escolaridad,³⁵ se vuelve un conflicto respecto a la manifestación de la inequidad de las relaciones de poder, poniendo en evidencia el orden patriarcal dominante sobre el género femenino. Falta explorar el tipo de relaciones asimétricas de poder que se dan en parejas con problemas de fertilidad en quienes pueden darse manifesta-

ciones de esas relaciones asimétricas de poder intergenéricas (contrario al caso anterior al no existir embarazo).

Se ha descrito que la feminidad tradicional puede experimentar conflictos en mujeres con problemas de fertilidad.³⁶ También habría que explorar si existe variaciones según se deba a factores masculino o femenino. Por otro lado, las manifestaciones de poder intragenéricas se pueden apreciar mejor en la violencia simbólica que puede representar la presencia o ausencia de hijos, entre varones o entre mujeres. Estos son fenómenos que se relacionan, desde la reproductividad, con afianzar o no la identidad de género en las mujeres.

Los varones tienen a su vez la posibilidad de replantear su masculinidad o no desde la reproductividad. Aunque existen diferentes teorías respecto de la construcción de las masculinidades³⁷ y, hasta se haya discutido si la cuestión de la masculinidad se trata de un verdadero problema o no,³⁸ no podemos negar que, al menos, la pareja que afronta un problema de fertilidad se plantea la reconceptualización de la masculinidad y la feminidad propia, de la pareja y de los otros. Si se transforma en un problema o no, depende del vivenciar en pareja. Sin embargo, una constante cultural es la necesidad de demostrar la virilidad que puede traducirse en la expresión de la paternidad:³⁹ se es plenamente masculino hasta que se reproduce. Esto explicaría de alguna manera el porque aparece más ansiedad en los varones que en las mujeres ante los problemas de fertilidad y es marca de alguna manera la expresión del machismo.

En el ámbito de la medicina reproductiva se puede hacer una aclaración que ya se ha hecho de alguna manera desde la salud pública y en los estudios desde la perspectiva de género: hace falta una mayor participación de la mujer en el espacio social y en la inserción más igualitaria del hombre en el espacio privado.⁴⁰ Un límite difícil de establecer en el ámbito reproductivo es, precisamente, qué corresponde a lo privado y a lo social. Por ejemplo, durante un estudio en México con pacientes con problemas de fertilidad que habían acudido a tratamientos de medicina reproductiva, se encontró que los factores que más influyen en el deseo de ser madre son la estructura narcisista de la personalidad, el hijo imaginario, el género, las presiones familiares y los efectos secundarios del tratamiento.^{41,42} Aquí se nota la influencia de factores que van desde lo individual hasta lo colectivo. Además, se puede ir dibujando otra posibilidad para el tratamiento de los problemas de fertilidad como sería el análisis de la cultura patriarcal en donde se desarrolla el diagnóstico y el tratamiento de las mujeres que aceptan acudir a procesos que les acarrearán dolor físico y malestar psicológico. Los hallazgos sobre la aparición más frecuente de ansiedad en los varones y de depresión en las mujeres que acuden a tratamiento por problemas de fertilidad pueden tener antecedentes en la construcción social del género. Además, la posible coerción social que pudiera llevar a la mujer a admitir los tratamientos agresivos o repetitivos de la medicina reproductiva se ha propuesto recientemente,⁴³ lo cual de alguna manera tendría que ver con la reconceptualización del género en parejas con problemas de fertilidad.

A modo de conclusión, con lo analizado respecto a los holones sexuales, se puede decir que falta más investigación

donde se integren varias dimensiones de la sexualidad en parejas con problemas de fertilidad. Desde el holón del erotismo, falta estudiar más las nociones de parentalidad (genética, biológica y social) que se dan en este grupo de la población (con las importantes consecuencias que esto tendría en el ámbito psicosocial y en la construcción social de la identidad de género). Desde el holón del erotismo quedaría pendiente indagar cómo se da la respuesta sexual humana en las parejas con problemas de fertilidad; es un aspecto, desde luego, difícil trabajar psicosocial y culturalmente ya que implica tocar esferas como el estímulo sexual efectivo, el deseo sexual, etc., que se consideran información sensible e íntima, pero cuya repercusión clínica sería enorme al poder detectar problemática en esta área y formas de intervención. Desde el holón de los vínculos afectivos, queda pendiente cómo se da el ciclo de formación de pareja (que tradicionalmente incluye: escoger la pareja, el casamiento y la aparición de los hijos) y, no menos importante, cómo se mantiene una vinculación de pareja cuando existe alguna problemática de fertilidad (si es por la adopción, por la espera de una posibilidad de parentalidad con la pareja escogida, o si la vinculación persiste precisamente porque no han llegado los hijos). Desde el holón del género hay mucho que explorar, ya que estaría por conocer si hay variación (y cómo se da ésta) en la identidad de género al tener un problema de fertilidad, si esto se modifica (y cómo) al acudir a reproducción asistida (si llegan los hijos o no, etc.), además de las formas de violencia (simbólica o francamente verbal y física) intergenéricas (como podría ser el reclamo del varón machista sobre la mujer “que no le da hijos”) y las siempre interesantes intragenéricas (como podría ser la autoafirmación de la categoría de masculinidad o feminidad de quienes han conseguido tener hijos sobre quienes no lo han logrado). Además, parte de lo interesante y necesario, sería estudiar las parejas, no desde un punto de vista fragmentado, sino revisando todos estos ángulos de la sexualidad en un mismo estudio (lo que ya de por sí aumenta su complejidad, pero nos aproxima más a la idea abstracta de la “verdad”, que tanto se busca en ciencia). Esto resultaría importante también para poder establecer relaciones y repercusiones entre diferentes esferas de la sexualidad. Si se quiere tener una mejor actuación en la investigación, la asistencia y la docencia en materia de sexualidad humana (en general) en parejas con problemas de fertilidad (en particular), será necesario diseñar estudios complejos que abarquen muchos datos, cuantitativos y cualitativos, lo que llevará a reforzar el uso de metodologías mixtas.

Por otro lado, sabemos que el cuerpo humano es el sitio en el cual se establece y delimita lo sexualmente posible, pero a la vez, la sexualidad humana va más allá del cuerpo. La sexualidad humana comprende muchísimos aspectos, conjugados todos en cada cuerpo. Por ello, además de este enfoque de holones sexuales, no hay que perder de vista que las interacciones de todos ellos se dan en un cuerpo, cuerpo que se ha tratado de explicar a través de las interpretaciones que se tienen de él;⁴³ para el caso de la fertilidad, pueden ir entre dos extremos: la vivencia de un embarazo,⁴⁵ y o su no vivencia.⁴⁶ Ambos extremos se dan en un cuerpo, un cuerpo donde se experimenta el vivenciar de la sexualidad. Tal vez haya otra área más para explorar: la corporalidad y sus relaciones con la sexualidad.

Agradecimientos

El autor es becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), México.

Referencias

1. OPS/OMS, WAS. Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la Acción. OPS/OMS, WAS. Antigua, 2000.
2. **González-Labrador I, Miyar-Pielga E.** Infertilidad y sexualidad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17:291-295.
3. **Rubio Auriolas E.** Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: *Antología de la sexualidad humana*. Tomo I. Pérez Fernández CJ (Comp.) Porrúa. 2a Edición. México, 1998, pp. 17-46.
4. **Álvarez-Gayou Jurgenson JL, Bonilla-Muñoz MP, Vera-León NJ.** Instrumento para la evaluación de las actitudes ante la sexualidad. Escala de actitudes ante la sexualidad de otros. Un estudio de validación. *Archivos Hispánicos de Sexología* 2001;7:181-195.
5. **Martínez-Roaro E.** Sexualidad, derecho y cristianismo. Visión bioética desde una perspectiva de género. Instituto Cultural de Aguascalientes. Aguascalientes, 2000, p. 325.
6. **Adashi EY, Cohen J, Hamberger L, Jones HW, de Kretser DM, Lunenfeld B, et al.** Public perception on infertility and its treatment: an international survey. The Bertarelli Foundation Scientific Board. *Hum Reprod* 2000;15:330-334.
7. **Fathalla MF, Rosenfield A, Indriso C, Sen DK, Ratman SS.** Salud reproductiva: problemas mundiales. En: *Manual de Reproducción Humana (FIGO)*. Rosenfield A, Fathalla F (Eds). The Parthenon Publishing Group. Madrid, 1994, p. 386-399.
8. **Dunson DB, Baird DD, Colombo B.** Increased infertility with age in men and women. *Obstetrics and Gynecology* 2004;103:51-56.
9. **Vergara-Sánchez F.** Concepto de pareja estéril. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 1999;42:9089-9095.
10. **Gibson DM, Myers JE.** Gender and infertility: A relational approach to counselling women. *Journal of Counseling & Development* 2000;78:400-410.
11. **Balagueró-Lladó L.** Aspectos antropológicos del útero y sus funciones. *Toko-Gin Pract* 2002;61:174-183.
12. **Elson J.** Menarche, menstruation, and gender identity: retrospective accounts from women who have undergone premenopausal hysterectomy. *Sex Roles* 2002;46:37-48.
13. **Lartigue-Becerra T.** Relación materno-fetal en México: aspectos transculturales. *Perinatol Reprod Hum* 2001;15:75-88.
14. **van den Akker OBA.** Adoption in the age of reproductive technology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2001;19:147-159.
15. **Zegers-Hochschild F.** Attitudes towards reproduction in Latin America. *Teachings from the use of modern reproductive technologies*. *Hum Reprod Update* 1999;5:21-25.
16. **Giambroni C, Cortejarena A, Budich P.** Sexualidad y fertilidad. Parejas ESCA = ¿ESCAAs relaciones sexuales? *SASH Revista Argentina de Sexualidad Humana* 2002;16:15-20.
17. **Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T.** Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004;63:126-130.
18. **Comino Delgado R.** Histerectomía y sexualidad. *Salud Total de la Mujer* 2002;4:73-79.
19. **Castelló-Carreres JE, Borrás-Valls JJ.** Histerectomía y sexualidad. *Salud Sexual* 1999;2:5-12.
20. **Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuys H.** Psychosocial experiences in women facing fertility problems—a comparative survey. *Hum Reprod* 1999;14:255-261.
21. **Norten JE, Schilling EA, Couchman GM, Walmer DK.** Sexual satisfaction and functioning in patients seeking infertility treatment. *Fertil Steril* 2001;76:S28.
22. **Marin C, Sproul K, Berman J, DeCherney A.** Sexual function and infertility patients. *Fertil Steril* 2004;81:S22.
23. **Osborn MF.** Sexual problems in obstetrics and gynecology. *Br J Hosp Med* 1983;30:264-266.
24. **Van Roijen JH, Slob AK, Gianotten WL, Dohle GR, van der Zon AT, Vreebueg JT, et al.** Sexual arousal and the quality of semen produced by masturbation. *Hum Reprod* 1996;11:147-151.
25. **Montes M.** El amor, base fundamental del ser saludable. *Colombia Med* 2000;31:49-54.
26. **Carreño-Meléndez J, Mortales-Carmona F, Sánchez-Bravo C, González-Campillo G, Martínez-Ramírez S.** Características del autoconcepto en parejas estériles por factor masculino y femenino. *Perinatol Reprod Hum* 2003;17:80-90.
27. **Carreño-Meléndez J, González-Campillo G, Sánchez-Bravo C.** Satisfacción marital en parejas estériles con factor masculino y femenino. *Perinatol Reprod Hum* 1998;12:203-209.
28. **Lee TY, Sun GH, Chao SC.** The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod* 2001;16:1762-1767.
29. **Leiblum SR, Aviv A, Hamer R.** Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Hum Reprod* 1998;13:3569-3574.
30. **Castañeda-Jiménez H, Bustos-López HH.** La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatol Reprod Hum* 2001;15:124-132.
31. **Lagarde M.** Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Horas. 2ª Edición. México, 1997, pp. 13-88.
32. **Lagarde M.** Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. UNAM. México, 1990, pp. 151-152.
33. **Lagarde M.** La regulación social del género: el género como filtro de poder. En: *Antología de la sexualidad humana*. Tomo I. Pérez Fernández CJ (Comp.) Porrúa. 2a Edición. México, 1998, pp. 389-425.
34. **Hierro G.** (comp.) Estudios de género. Torres Asociados. México, 1995, p. 45.
35. **Romero MN, Díaz MC.** La maternidad como conflicto: una expresión de inequidad social y de género. *Colombia Med* 2001;32:25-31.
36. **Seibel MM, Taymor ML.** Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril* 1982;37:137-145.
37. **Moynihán C.** Theories of masculinity. *BMJ* 1998;317:1072-1075.
38. **Vendrell Ferré J.** La masculinidad en cuestión: reflexiones desde la antropología. *Nueva Antropología* 2002;18:31-52.
39. **Arvelo L.** Masculinidad y función paterna. *Otras miradas* 2001;1(1):43-52.
40. **Hardy E, Jiménez AL.** Masculinidad y género. *Rev Cubana Salud Pública* 2001;27:77-88.
41. **Arranz-Lara L, Blum-Grymberg B, Ito-Sugiyama E.** Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: un enfoque cualitativo. *Salud Ment* 2001;24:30-36.
42. **Arranz-Lara L, Blum-Grymberg B, Morales-Carmona F.** Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatol Reprod Hum* 2001;15:133-138.
43. **Sobirk-Petersen T.** A woman's choice? On women, assisted reproduction and social coercion. *Ethical Theory and Moral Practice* 2004;7:81-90.
44. **Raich RM.** Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Pirámide. Madrid, 2001.
45. **González CGA.** Imagen corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido. *Perinatol Reprod Hum* 2001;15:145-151.
46. **Álvarez-Díaz JA.** Corporalidad y sexualidad. Aportaciones desde la esterilidad. *Archivos Hispánicos de Sexología* 2002;8:73-112.