

Disfunción del deseo sexual en parejas infértiles en tratamiento

Patricia Roxana Perfumo,^(1;2) Alejandra Hallberg,⁽²⁾ Claudia Brignardello⁽²⁾

¹ Cátedra de Ginecología Universidad Nacional de Rosario

² PROAR (Programa de Asistencia Reproductiva de Rosario)

Introducción

La Disfunción del Deseo sexual es un trastorno con una prevalencia del 38% en la población general. La misma se incrementa en las parejas infértiles en tratamiento hasta casi un 60%, lo cual constituye un serio inconveniente en el tratamiento de fertilidad, por cuanto las parejas sienten que sus relaciones sexuales se han convertido en un procedimiento médico, más que en la expresión normal de sus sentimientos amorosos. Además la Inhibición del Deseo Sexual lleva a un cierto deterioro de la relación emocional de las parejas, hasta el extremo de que algunas se preguntan si continúan amándose y si deberían seguir con el proyecto de tener un bebé o suspenderlo hasta que sus sentimientos se aclaren.

Estos cuestionamientos íntimos de los miembros de la pareja, difícilmente los conoce el especialista en fertilidad a cargo del tratamiento, ya que cada uno de ellos se considera a sí mismo responsable y hasta culpable de la situación y si no se atreven a confesarlo a su pareja, muchas veces tampoco lo confían al médico. A veces la deserción del tratamiento se debe a esta causa.

En los centros en los cuales se trabaja en forma interdisciplinaria y donde el médico Sexólogo tiene intervención, este problema surge con mayor frecuencia y puede llegar a ser detectado y eventualmente tratado con éxito.

Etiología

Según el DSM IV el Deseo Sexual se define como la persistente o recurrente disminución o ausencia de fantasías sexuales e interés en mantener alguna actividad

sexual. Esta alteración debe producir malestar o disconfort en quien la padece y/o afectar la relación de pareja.

Desde el punto de vista fisiológico debe tenerse en cuenta la etapa vital en la que se encuentran los pacientes para no incurrir en hipótesis que sostengan expectativas irreales en los mismos.

Las causas del Síndrome de Deseo Sexual Hipoactivo pueden ser de origen hormonal, neurológico, psicológico, farmacológico, quirúrgico, reactivo y cultural, religioso o social.

El déficit de Testosterona, Dhea, el aumento de Prolactina, el Hipotiroidismo, la Diabetes, las enfermedades sistémicas del sistema nervioso, el alcoholismo, la hipercolesterolemia y los trastornos metabólicos, los medicamentos tales como los fibratos y estatinas, los betabloqueantes, algunos antihipertensivos, la sulpirida, la cimetidina, algunos antidiabéticos orales, muchos psicofármacos, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos y antiandrógenos, los antidepresivos IRS entre muchos otros son causantes de la inhibición o disminución del Deseo sexual. El consumo abusivo de sustancias tóxicas como el tabaco o drogas ilegales que afectan el estado general de la salud, los cuadros depresivos, las fobias sexuales, los cuadros obsesivos y psicóticos, la anhedonia, los cuadros neuróticos, los duelos o situaciones vividas como tales, los conflictos de pareja, tanto de relación como sexuales, la no aceptación del propio rol sexual o la desvalorización del propio género o del opuesto, la mala relación con el propio cuerpo, el desconocimiento acerca de la función sexual

propia o del compañero/a, la educación restrictiva religiosa, fuente de creencias y tabúes, etc son eventos que producen este trastorno.

En otro orden de cosas las intervenciones quirúrgicas generales o específicas del aparato genital, por las implicancias neurovasculares, las cirugías cardíacas también pueden dar lugar a disminución de la libido por el temor a que el corazón se vea afectado por una excitación intensa.

También el proceso del tratamiento de infertilidad afecta el deseo espontáneo de la pareja por los efectos colaterales de ciertos medicamentos utilizados y también por el hecho de que no todos los pacientes tienen un perfecto estado de salud a priori del tratamiento. Los cuadros patológicos preexistentes, a veces no diagnosticados, suelen contribuir a la aparición de este síndrome.

Desde el punto de vista psicológico la mujer suele sentirse vulnerada en su intimidad (que muchas veces aún no la tiene totalmente asumida, por inexperiencia o por factores culturales o de personalidad) y siente literalmente “que se mete en la cama con un equipo médico, además de su marido”; esto la inhibe y la desconcierta. El varón, por su parte siente menoscabada su virilidad ya que tiene que “rendir cuentas ante terceros de cómo y cuándo” debe tener sexo con su pareja. Una de las frases que más se repiten en estas parejas es “si la sexualidad ya no me sirve para tener un hijo, ¿para qué me sirve?”. Suelen sentir mucha culpa de lo que llaman “un placer vacío de objetivo” que, finalmente ya no viven ni siquiera como placer y lo van desestimando.

Otra causa importante de la Inhibición del Deseo en estas parejas es la situación de estrés que implica la ansiedad por el resultado del procedimiento que están realizando, la espera de los días hasta saber si “tuve éxito o fracasé”. Se preguntan “¿en qué me equivoqué? o ¿qué hicimos mal?”. Muchas veces hasta llegan a sentir odio por lo que consideran su **propia inutilidad**, la de su pareja y hasta la del médico o equipo tratante.

El estrés se va acumulando a medida que los pacientes van perdiendo el control de la situación y sin embargo siguen luchando internamente por conservarlo,

creyendo que ese “control” significa participación activa en su tratamiento y les da sensación de cierta “normalidad” (ya que se sienten por completo anormales al no poder concebir naturalmente); en tanto este esfuerzo se va transformando en un conflicto que implica una gran energía desperdiciada o mal invertida. Finalmente se establece un círculo vicioso que involucra un altísimo nivel de estrés.

La presión familiar y del entorno laboral o social: “¿para cuando el embarazo?” o más agresivamente “¿seguro que lo están haciendo bien?” es devastadora para estas parejas que ya sienten que su sexualidad está en conocimiento del público, ya sea éste especializado o lego.

Cuadro Clínico

Si la Inhibición del Deseo Sexual no fuera multicausal y si el padeciente tuviera claro lo que le sucede, el diagnóstico podría realizarse con cierta facilidad pero la suma de factores que hemos mencionado más arriba hacen de esta disfunción un cuadro de compleja comprensión.

Muchas veces el motivo de consulta es el abandono del tratamiento de infertilidad, otras veces la pareja concurre a la consulta sexológica por derivación del especialista que observa que el deterioro de la relación de la pareja es un obstáculo para continuar con la búsqueda del embarazo.

Cada vez más, afortunadamente, las parejas por propia iniciativa concurren a la consulta aunque el motivo de la misma puede ser muy variado, disfunción eréctil y eyaculación diferida en el varón y dispareunia, falta de lubricación, de la sensación excitatoria y dificultad para alcanzar el orgasmo en la mujer; todos estos, naturalmente, síntomas que enmascaran el verdadero motivo de consulta.

Las causas también pueden manifestarse fuera del ámbito sexual como peleas constantes, aversión al contacto físico, irritabilidad y falta de tolerancia, indiferencia hacia actividades sociales, domésticas o lúdicas que antes unían a la pareja. Desgano hacia las actividades físicas o deportivas que antes los divertían, tanto como apego excesivo a las mismas, adicción al trabajo o hacia actividades recreativas individuales

que ocupan el tiempo que antes se dedicaba a la pareja.

Es fundamental realizar una anamnesis respetuosa y considerada hacia los sentimientos de los miembros de la pareja, evitando un interrogatorio que promueva en estos pacientes la idea de que el sexólogo/a es “un nuevo intruso que aparece en escena”.

El diagnóstico puede demandar varias y prolongadas entrevistas en las cuales la habilidad del especialista será motivar al/los consultantes a identificar su malestar para buscar juntos una solución. Aquí debe establecerse una verdadera alianza terapéutica entre los pacientes y su médico, basada en la confianza y la perspectiva de una pronta mejoría.

Los elementos que ayudan a llegar al diagnóstico son pruebas de laboratorio, ecodoppler, pruebas con sustancias vasoactivas, FSFI, FSDS, Test de Beck, Test de Roscharch y pruebas de autoconocimiento sexual entre otras. Debe incluirse la consulta interdisciplinaria cuando sea necesario.

Tratamiento

Es importante abreviar al máximo posible los tiempos del tratamiento porque estas parejas concurren a la consulta sexológica cansadas y frustradas por las sucesivas intervenciones profesionales que les ha tocado vivir. Además nuestra intervención como Sexólogos en este caso, consiste en ayudar a recuperar el deseo perdido para que la pareja vuelva a sentir motivación en continuar con su proyecto de vida juntos y de búsqueda del embarazo.

La extensión de las posibilidades terapéuticas específicas excede el objetivo del presente artículo. De todos modos queda claro que las mismas están relacionadas con la versatilidad y multiplicidad de las causas que han provocado esta disfunción.

Es muy importante, sin embargo, que tanto el /la profesional tratante como los pacientes mantengan un compromiso y apego con las técnicas utilizadas en el tratamiento para que puedan ver resultados en un tiempo breve. Una vez más, el resultado exitoso del mismo dependerá de la habilidad del especialista para lograr que se despierte en sus pacientes un incentivo movilizador de adherencia al tratamiento.

Asunto: Nota Dra. Literat

Reenvío los datos bibliográficos que omití recién.

1. Masters y Johnson-Tratado de Sexualidad- B.&Noble, 1970
2. H. Kaplan- Diagnóstico y tratamiento de las Disfunciones Sexuales-Urano, 1995
3. A. Sapetti- El sexo y el varón de hoy- Emecé, 2001
4. B. Literat, V. Bertolino, S. Pasqualini, I. Vedoya- Utilización del Test de Roscharch en el Diagnóstico de Disfunciones Sexuales- SOGIBA 2004
5. B. Literat, V. Bertolino, S. Pasqualini- Factor coital en infertilidad- SOGIBA 2003
6. A. Bechara, A. Casabé, A. Helien, B. Literat, V. Bertolino, R. Fredotovich- Ecodoppler de clítoris, estudio sobre 150 pacientes- Congreso Cartagena ASSIR, 200