SATISFACCIÓN SEXUAL EN MIEMBROS DE PAREJAS INFÉRTILES CON TRATAMIENTO DE COITOS PROGRAMADOS

Autores:

- Dra.C. Maira Quintana Ugando mayraq@uclv.edu.cu <https://orcid.org/0000-0002-0881-6157> Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba

- MSc. Terianne Pérez Viñals [teri3@nauta.cu](mailto:teri3@nauta.cu) <https://orcid.org/0000-0002-8112-7593> Hospital General Docente “Dr.Agustinho Neto” provincia Guantánamo

- Dr. C. Leonardo Rodríguez Méndez leonardor@uclv.edu.cu https://orcid.org/0000-0001-8672-3303 Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba

Resumen:

La investigación estuvo dirigida a caracterizar la satisfacción sexual en ambos miembros de parejas infértiles con tratamiento de coitos programados al inicio y culminación del tratamiento. La misma se sustenta en un paradigma cuantitativo, se empleó un diseño no experimental de tipo longitudinal de panel. La muestra estuvo integrada por 20 parejas con tratamiento de coitos programados durante tres meses en el Centro Provincial de Reproducción Asistida de Guantánamo; su selección fue a través de un muestro no probabilístico de carácter intencional. Los instrumentos para la obtención de información fueron: Cuestionario de Satisfacción Sexual (CSS), Inventario de Valoración Personal de la Intimidad (IVPI) y Test de Completamiento de frases de Rotter, cada uno de ellos apoyados con entrevistas retest. El análisis estadístico se realizó con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.00, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para comparar los miembros de las parejas de acuerdo con el género antes de iniciar el tratamiento y al finalizar el mismo. Los resultados demostraron que los miembros de las parejas con tratamiento para la infertilidad de coito programado experimentaban sentimientos de amor y deseo sexual hacia su pareja, disfrute de las prácticas sexuales, así como goce del intercambio emocional con la pareja tanto al inicio como al finalizar el tratamiento médico; este tratamiento para la infertilidad no provocó cambios en la satisfacción sexual de los integrantes de las parejas en estudio.

Palabras Claves: satisfacción sexual, parejas infértiles, coito programado

**INTRODUCCIÓN**

En el mundo aproximadamente ochenta millones de parejas tienen problemas de fertilidad o dificultades para concebir un hijo, es decir, unas quince de cada cien parejas no logran la fertilidad o no pueden llevar a cabo un embarazo a término (Parada, 2006). La infertilidad, por tanto, se define como la incapacidad para concebir tras un año de relaciones sexuales no protegidas, mientras que la esterilidad se considera como la imposibilidad absoluta de concebir. Se considera que entre el 10 y el 20% de las parejas son infértiles y se estima que de éstas, al menos un 60% recurrirán a procedimientos para el manejo de la infertilidad.

La dificultad para tener hijos, cuando existe el deseo de tenerlos, supone una de las situaciones más difíciles a las que tiene que hacer frente la pareja y que afecta no sólo a cada uno de los miembros sino también al proyecto vital de la pareja (Llavona y Mora, 2003; Moreno-Rosset, 2000). Los procedimientos diagnósticos y los tratamientos de reproducción asistida suelen representar una fuente de estrés adicional para la mayoría de las parejas, que afecta a las distintas áreas de su funcionamiento habitual. Pese a ello, la posibilidad de concebir un hijo supone, una motivación suficientemente potente como para enfrentarse a posibles desgastes físicos, psicológicos, de relación de pareja, económicos, sociales o familiares (Moreno-Rosset, Núñez y Caballero, 1999); los individuos en esta situación se ven enfrentados en muchas ocasiones a una crisis que genera sentimientos de angustia, pérdida y frustración importantes.

Por otro lado, la vida sexual también suele resentirse como consecuencia de la infertilidad haciendo que, en muchos casos, disminuya la calidad, frecuencia y satisfacción de las relaciones sexuales ya que pueden sufrir cambios durante la fase de tratamiento.

Actualmente en la provincia de Guantánamo se encuentra uno de los 15 centros provinciales de reproducción asistida del país de baja complejidad. Estudios investigativos realizados en la provincia, han confirmado el incremento del número de parejas que asisten a consulta de infertilidad, en las cuales se utilizan diversas técnicas de tratamiento. El coito programado se emplea como tratamiento en parejas jóvenes (menores de 35 años, específicamente la mujer), que lleven poco tiempo intentando el embarazo (menos de 6 meses) y en las que la causa de la infertilidad sea desconocida ya que todos los exámenes médicos a los que han sido sometidos ambos miembros de la pareja han dado resultados normales.

El elevado número de parejas que actualmente no pueden tener hijos de manera natural y en el momento deseado, con las consecuencias psicológicas que trae la infertilidad y los tratamientos para la misma, hacen necesaria la investigación en uno de los centros de reproducción asistida del país guiada por los objetivos siguientes:

**Objetivo general:**

* Caracterizar la satisfacción sexual en ambos miembros de parejas infértiles con tratamiento de coitos programados al inicio y culminación del tratamiento.

**Objetivos específicos:**

* Caracterizar la satisfacción sexual en los miembros de parejas infértiles al inicio del tratamiento.
* Caracterizar la satisfacción sexual en los miembros de parejas infértiles al finalizar el tratamiento.
* Comparar de acuerdo con el género la satisfacción sexual diagnosticada al inicio del tratamiento con los resultados obtenidos en el diagnóstico de la satisfacción sexual después del tratamiento con coitos programados en los miembros de parejas infértiles.

Para dar cumplimiento a los objetivos anteriores es necesario responder al siguiente **problema científico:**

* ¿Qué particularidades caracterizan la satisfacción sexual de los miembros de parejas infértiles con coitos programados atendidos en la consulta de infertilidad de la provincia de Guantánamo al inicio y culminación del tratamiento?

**DESARROLLO:**

* 1. Fundamentos teóricos

Se entiende como *satisfacción sexual* a una respuesta afectiva que surge de una evaluación subjetiva de dimensiones tanto positivas como negativas asociadas a la relación sexual (Byers, Demmons y Lawrance, 1998). Puede llegar a incomodar y dañar el autoestima hasta el punto de perjudicar la relación, no está influida solo por factores individuales y relacionales, también lo está por variables como el entorno social y cultural del individuo. Sin duda, estar satisfecho va más allá de obtener el orgasmo, tiene que ver con experimentar sentimientos positivos durante el acto, desear a la pareja, no tener inhibiciones, sentirse alerta, excitado y que esas sensaciones los involucren a los dos. Cuando una relación se cimenta en el amor que dos personas comparten mutuamente, existe una especie de garantía para que la vida de pareja se convierta en un proceso dinámico y creciente hacia niveles de intimidad, fecundidad y placer mayores.

La satisfacción sexual está relacionada con las características emocionales y prácticas sexuales de la pareja como también con la percepción que cada miembro tiene de sí, por lo que se puede definir a la *satisfacción sexual* como una experiencia subjetiva de disfrute físico y espiritual en el marco de la relación de pareja a través de la realización de prácticas sexuales. Es resultado no de las prácticas en sí y su frecuencia, sino de la comunicación, afectos, seguridad y realización personal que cada miembro de la pareja experimenta en la misma.

Se establecen dos dimensiones:

Disfrute físico: Es aquel que resulta de la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y que por lo general, se identifican con placer sexual. Esta capacidad es reconocida como erotismo, se construye a nivel individual, mediatizado por factores culturales; en esta expresión del erotismo el individuo crea significados simbólicos como en cualquier expresión humana (Organización Mundial de Salud [OMS], Organización Panamericana de Salud [OPS] y Asociación Mundial de Sexología [WAS], 2002).

Disfrute espiritual: Es aquel que se experimenta a nivel mental y que está asociado con sentimientos que producen la felicidad y el bienestar, como el humor, la alegría, el recreo, el sentimiento de equilibrio y serenidad. En este sentido, disfrutar de un día recreativo con la pareja, recordar los buenos tiempos o divertirse con algunas personas queridas, forman parte de las actividades que producen placer a este nivel.

La infertilidad no es un riesgo para la salud, aunque genera problemas en la relación tanto de naturaleza sexual como psíquica (Tirado y Dolz, 2007). En cuanto a la repercusión psicológica, los estudios muestran que la infertilidad afecta a muchos aspectos psicológicos de la vida de una persona, como la autoestima, la cooperación, la satisfacción con la vida, el humor y las relaciones sociales (Fernández y Herrera, 2002).

Uno de los procederes utilizados como tratamiento en la pareja infértil es el *coito programado o coito dirigido,* es una técnica de reproducción indicada a parejas que no consiguen el embarazo y que no tienen diagnosticada esterilidad o se debe a una causa desconocida. Cuando una pareja lleva tiempo intentando conseguir un embarazo y éste no llega, debe plantearse cuáles son sus opciones reproductivas en función de las causas que estén provocando la infertilidad. La estrategia más sencilla para quedarse embarazada cuando no hay problemas graves de esterilidad es el coito programado, es decir, mantener relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer (Piñero, 2015).

La técnica consiste en administrar una sencilla pauta de [medicación](https://www.institutobernabeu.com/foro/2011/02/21/la-medicacion-en-los-tratamientos-de-fertilidad/), vía oral o en algunos casos unas hormonas inyectables a muy baja dosis como la gonadotropinas, con la finalidad de inducir la ovulación en mujeres anovulatorias (ausencia de ovulación) o disovulatorias (con ovulaciones irregulares o ineficaces) o en otros casos, para “ayudar” o controlar la ovulación en mujeres con ciclos menstruales regulares. Para evaluar la respuesta, la paciente realiza periódicamente controles ecográficos y algunas veces, de laboratorio hormonal. De esta manera, y en ocasiones mediante el seguimiento con algún control ecográfico, el médico le recomendará el momento ideal en el cual la pareja debe mantener relaciones sexuales, que coincida con el momento de la [ovulación](https://www.institutobernabeu.com/foro/2011/03/18/la-ovulacion/) (Kushner, 2010; Celis, 2012; Orozco, 2013).  En gran parte de los casos, sobre todo si el médico ya le ha monitorizado un ciclo, pueden realizarse los ciclos subsiguientes sin vigilancia médica estricta, reduciendo así el estrés que generan las visitas continuadas a la clínica (Moreno-Rosset, 2001).

El coito programado o coito dirigido es la técnica de reproducción asistida más simple como tratamiento, lo cual le confiere numerosasventajas como plantean diferentes especialistas (Moreno, et. al., 2007).

* 1. Consideraciones metodológicas

El estudio está guiado por un paradigma cuantitativo, pues privilegia en su análisis el uso y tratamiento de datos cuantitativos; se incluyen resultados derivados de técnicas abiertas para profundizar en el diagnóstico, cuyas categorías de análisis permiten el abordaje numérico de los resultados (Francisco, 2002).

En la presente investigación se empleó un diseño no experimental de tipo longitudinal de panel ya que se estudian los pacientes desde que inician el tratamiento, donde las parejas que participaron fueron seleccionadas en el periodo de junio 2018 a mayo del 2019, con una duración de tres meses el estudio en cada pareja lo cual se corresponde con el tipo de tratamiento para la infertilidad.

Se seleccionó la muestra para el estudio a través de un muestreo no probabilístico de carácter intencional. Quedó conformada por los miembros de 20 parejas que estaban bajo el tratamiento de coitos programados durante un período trimestral en el Centro Provincial de Reproducción Asistida de Guantánamo, situado en el Hospital General Docente “Dr. Agustinho Neto” del municipio Guantánamo.

Los criterios de inclusión, exclusión y de salida en el proceso de selección de la muestra se precisan a continuación:

*Criterios de inclusión:*

* Ambos miembros de las parejas tenían indicado tratamiento de infertilidad con coito programado solamente.
* La voluntariedad de la pareja para participar en la investigación, referido en el consentimiento informado de ambos miembros.

*Criterios de exclusión:*

* La presencia de trastorno psicológico o trastorno de la sexualidad en alguno de los miembros de la pareja o en ambos antes de iniciar el tratamiento.

*Criterios de salida:*

* Paciente y/o pareja que desee abandonar la investigación o el tratamiento para la infertilidad.
* Aparición de algún trastorno psicológico o médico en alguno de los miembros de la pareja o en ambos que requiera cambio de tratamiento.
* Divorcio o separación de la pareja.

En correspondencia con los objetivos de la investigación se emplearon como sistema de instrumentos para la obtención de datos los siguientes:

*Cuestionario de Satisfacción Sexual (CSS):* Es un cuestionario que consta de 20 preguntas con enfoque multidimensional de la satisfacción sexual, al cual cada sujeto debe responder a una escala tipo Likert en que cada pregunta es valorada en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción, fue creado a partir de las ideas de autores como Bridges, Lease y Ellison, (2004.

Los niveles de satisfacción sexual asignados a cada rango de puntuación son:

* Para el rango comprendido entre 29-59, el nivel de satisfacción sexual es bajo.
* Para el rango comprendido entre 60-69, el nivel de satisfacción es medio.
* Para el rango comprendido entre 70-79, el nivel de satisfacción es alto.
* Para el rango comprendido entre 80-98, el nivel de satisfacción es muy alto.

*Inventario de Valoración Personal de la Intimidad (IVPI):* Este inventario de intimidad fue creado por los norteamericanos Olson y Scheafer (1981) con el nombre original “Personal Assesment of Intimacy in Relationship”, también conocido como PAIR. Ha sido traducido, adaptado y utilizado en investigaciones mexicanas (Dionne, 1996; Pérez y Estrada, 2006). El inventario se desarrolló para valorar el grado de intimidad que un individuo percibe que tiene con otro en las áreas siguientes:

* Emocional: Referida a la proximidad de sentimientos.
* Social: La experiencia de tener amigos comunes y similitudes en los trabajos sociales.
* Sexual: La experiencia de compartir afectos generales, erotismo o actividad sexual.
* Intelectual: La experiencia de compartir ideas y pensamientos comunes.
* Recreacional: Se refiere a compartir intereses en aficiones, participación mutua en eventos deportivos, culturales o cualquier otro de índole recreativa.

*Test de Completamiento de Frases (Rotter):* Permitió conocer si cada sujeto presentó conflictos y en qué áreas se localizan estos. Se brindó especial atención a las respuestas relativas al área sexual amorosa de cada uno de los miembros de las parejas, o sea que se valoraron las respuestas positivas, de conflicto, neutras y de omisión vinculadas a esta área.

También se emplearon las *entrevistas retest* luego de responder cada paciente a los instrumentos escritos (cuestionario y test) con el objetivo de profundizar en las respuestas dadas en los mismos y así comprender las vivencias que experimentan cada miembro de la pareja en la relación.

Una vez seleccionada la muestra se realizaron diversas sesiones de trabajo de manera individual, donde se evaluaron los pacientes al inicio y al finalizar el tratamiento, las que se llevaron a cabo teniendo en cuenta el horario colegiado con las parejas, de una hora, las cuales no excedieron este tiempo de duración, ya que la cantidad de sesiones realizadas varió de una pareja a otra en dependencia de las características de los integrantes. Cada sujeto en estudio, fue entrevistado de forma individual, se explicaron los objetivos de la investigación y la importancia de su colaboración con la investigación, con lo cual quedó establecido el consentimiento informado, posteriormente se inició la recogida de los datos a través de los instrumentos previstos para la obtención de información, el análisis cualitativo nos permitió comprender la subjetividad de las personas en estudio, a su vez el empleo de diversos instrumentos permitió poder establecer triangulaciones de la información que aportaba cada sujeto.

Luego de la recogida de la información a través de los instrumentos de evaluación psicológica, se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.00 para Windows para el procesamiento estadístico de los datos mediante análisis de frecuencia y la prueba no paramétrica de Wilcoxon para comparar los miembros de las parejas de acuerdo con el género antes de iniciar el tratamiento y tres meses después al finalizar el mismo tomando como criterios para la comparación las categorías de análisis de cada instrumento.

* 1. Análisis de los resultados

La presentación de los resultados se realizará de acuerdo con los instrumentos empleados en la obtención de los datos.

*Cuestionario sobre satisfacción sexual*

De acuerdo con los resultados de la aplicación del cuestionario antes de que las parejas comenzaran el tratamiento de coito programado los niveles de satisfacción sexual se comportaron de la siguiente manera:

Gráfico 1. Resultados al inicio del tratamiento según niveles de satisfacción sexual

Fuente: Cuestionario sobre satisfacción sexual

Como puede observarse en el gráfico predominan los niveles alto (45 % de los pacientes) y muy alto (en el 32.5 % de la muestra) en cuanto a la satisfacción sexual, ninguno de los miembros de las parejas en estudio obtuvieron el nivel bajo. Después de finalizado el tratamiento se realizó la segunda medición del índice de satisfacción sexual, en la que también prevalecieron los niveles alto (40% de la muestra) y muy alto (42.5% de los miembros de las parejas), incluso se incrementó el número de pacientes evaluados en el nivel muy alto como puede observarse en el gráfico que aparece a continuación:

Gráfico 2. Resultados al culminar el tratamiento según niveles de satisfacción sexual

Fuente: Cuestionario sobre satisfacción sexual

El procesamiento estadístico de los datos demuestra que no existen diferencias significativas en cuanto al índice de satisfacción sexual entre mujeres y hombres antes de comenzar el tratamiento para la infertilidad con coito programado y finalizado el mismo. En el caso de las mujeres el valor de Wilcoxon fue de 0.439 y para los hombres el valor

obtenido en esta prueba fue de 0.426, ambos mayores que 0.05 (Ver Anexo 1).

En la entrevista retest que se realizó al culminar el tratamiento se encontraron expresiones como las de la pareja siguiente:

- “Sí, mi esposo y yo no tenemos 10 años solo por tener, disfrutamos mucho nuestras relaciones sexuales, hay mucha espontaneidad lo gozamos mucho” (CVR sexo femenino, 32 años).

- “Soy muy espontáneo en mi disfrute sexual, nos gusta disfrutar al máximo nuestra relación tanto yo como mi esposa, aún en tantos años de relación me siento placentero” (ALCD sexo masculino, 33 años).

Los resultados anteriormente expuestos demuestran que tanto en hombres como en mujeres de parejas tributarias al tratamiento con coito programado para la infertilidad predominaron niveles de satisfacción altos y muy altos antes de iniciar el tratamiento y finalizado el mismo; de acuerdo con el instrumento en análisis puede decirse que los integrantes de la muestra denotaron en ambos momentos de evaluación capacidad de concentrarse en los estímulos sexuales sexual provenientes de su pareja, lo que ratifica la experimentación del deseo sexual (enfoque personal), disfrute de las prácticas en sí mismas como en su frecuencia (enfoque hacia las actividades sexuales), así como goce del

intercambio emocional con la pareja (enfoque interpersonal).

*Inventario de Valoración Personal de la Intimidad (IVPI)*

Las 5 áreas de análisis de este instrumento permiten en el contexto de la investigación profundizar en la dimensión espiritual que contiene el disfrute de la sexualidad en los marcos de la relación de pareja.

Los resultados obtenidos en la primera aplicación del inventario se muestran en el gráfico

siguiente:

Gráfico 3. Resultados al inicio del tratamiento según niveles de intimidad sexual percibida

Fuente: Inventario de Valoración Personal de la Intimidad

Como puede apreciarse en el gráfico antes de iniciar el tratamiento de coito programado los pacientes mostraron niveles medio y alto de intimidad percibida con su pareja en las 5 áreas de análisis; se destacan con los niveles más altos el área sexual (55% de los miembros de las parejas) y el área emocional (también el 55% de los miembros de las parejas), lo que indica que experimentan una proximidad de sentimientos, erotismo y actividad sexual.

Al finalizar el tratamiento los resultados al aplicar el Inventario de Intimidad se muestran a continuación en el gráfico:

Gráfico 4. Resultados al culminar el tratamiento según niveles de intimidad sexual

Fuente: Inventario de Valoración Personal de la Intimidad

Como puede apreciarse en el gráfico los resultados de la segunda aplicación son muy similares a los de la primera, predominan niveles alto y medio de intimidad percibida en todas las áreas, destacándose con los niveles más altos la intimidad percibida en el área emocional y en el área sexual donde se observa un incremento en el nivel alto en relación con la primera aplicación (en el 62.5 % de la muestra aparece el nivel alto).

De acuerdo con estos resultados los niveles más altos de la intimidad percibida tanto en hombres como en mujeres se ubicaron en las áreas emocional y sexual, siendo en esta última donde hay mayor coincidencia de la intimidad percibida entre hombres y mujeres. El área donde el nivel alto de intimidad percibida tuvo mayores diferencias entre hombres y mujeres fue en el área recreacional.

El procesamiento estadístico de los datos demuestra que no existen diferencias significativas en cuanto a la intimidad percibida entre mujeres y hombres antes de comenzar el tratamiento para la infertilidad con coito programado y finalizado el mismo, pues los valores obtenidos en el Test de Wilcoxon para cada una de las áreas que contiene el Inventario de Intimidad tanto en las mujeres como en los hombres miembros de las parejas con tratamiento de coito programado para la infertilidad fueron mayores que 0.05 ( Ver Anexo 1).

Los resultados anteriormente expuestos demuestran que tanto en hombres como en mujeres de parejas tributarias al tratamiento con coito programado para la infertilidad predominaron niveles altos de intimidad percibida en cuanto al área sexual y emocional antes de iniciar el tratamiento y finalizado el mismo, lo que significa que experimentan sentimientos de afecto y amor hacia la pareja, así como disfrute del erotismo y actividad sexual. Este resultado coincide con el obtenido en el cuestionario de satisfacción sexual, donde predominaron los niveles alto y muy alto en cuanto a la satisfacción sexual de hombres y mujeres antes de iniciar el tratamiento y finalizado el mismo.

*Test de Completamiento de Frases (Rotter)*

De modo general las respuestas a este instrumento que predominaron en los pacientes tanto al inicio del tratamiento como al finalizar el mismo fueron respuestas positivas y respuestas de conflicto, aparecen en los protocolos escasamente las respuestas de omisión y respuestas neutras, lo que permite afirmar que los integrantes de la muestra respondieron al test con gran implicación afectiva.

Como se aprecia en el gráfico siguiente el área donde se aprecia una mayor diferencia en cuanto a respuestas positivas en la muestra entre la primera aplicación del Test de Completamiento de Frases de Rotter (al inicio del tratamiento) y la segunda aplicación (pasados los tres meses) fue en el área personal, existiendo mayor cantidad de estas respuestas al inicio del tratamiento.

Gráfico 5. Resultados al inicio y culminación del tratamiento según respuestas positivas

Fuente: Test de Completamiento de Frases (Rotter)

Este resultado puede deberse a las expectativas de los participantes en la investigación en relación con la posibilidad de procrear a través del tratamiento, que de acuerdo con las respuestas ofrecidas en la propia técnica y verificada en las entrevistas retest era la motivación principal que en ese momento tenía cada sujeto, lo que no se satisfizo como lo deseaban. Así, por ejemplo la siguiente pareja expresó:

- “Valoro mi relación actual de pareja como algo bueno que ocurrió, hace ya un tiempo estamos juntos y queremos tener un bebé, para ser una familia completa” (EVR sexo femenino, 24 años).

- “Mi relación de pareja actualmente está bien, tenemos ya 4 años de relación es lógico que queramos tener un hijo, al principio tenía dudas pero ya me decidí, ella me ayudó” (FGD sexo masculino, 29 años).

En el gráfico anterior se aprecia que no hay diferencias en el área sexual al iniciar el tratamiento y finalizado el mismo, así como en el área familiar.

A continuación se muestran en un gráfico la comparación de las respuestas de conflicto en

los dos momentos en que fue respondida la técnica:

Gráfico 6. Resultados al inicio y culminación del tratamiento según respuestas de conflicto

Fuente: Test de Completamiento de Frases (Rotter)

Como se puede apreciar hay una menor frecuencia de respuestas de conflicto en relación con las respuestas positivas, siendo el área personal la que tiene la mayor cantidad de este tipo de respuestas al inicio del tratamiento, vinculado este resultado a la motivación de los miembros de las parejas por tener un hijo, como se verificó en la entrevista retest, de lo cual son un ejemplo las respuestas siguientes:

- “Al comienzo me pareció un poco extraño pero estábamos tan desesperados por ser padres que aceptamos cualquier ayuda”. (SEG, sexo femenino, 31 años)

- “Me tomo incluso de sorpresa no sabía que existía tal tratamiento, al comienzo fue duro para los dos, pero todo se ha mantenido en un marco muy profesional. (RTP sexo masculino, 35 años)

En las entrevistas retest, así como en el análisis cualitativo de las respuestas a los ítems del Test de Completamiento de Frases se comprobó que en estas parejas, tanto la mujer como el hombre tienen como objetivo lograr el embarazo, y por acuerdo mutuo, buscan ayuda profesional.

Al realizar el análisis de las respuestas obtenidas en esta técnica de acuerdo con el género se aprecia en el análisis estadístico que en el caso de las mujeres integrantes de las parejas en estudio las diferencias significativas entre los dos momentos del diagnóstico estuvieron en el área sexual, en la que las respuestas positivas fueron más frecuentes al inicio del tratamiento; en el área personal y el área social en las que también las respuestas positivas fueron más frecuentes en el primer diagnóstico (Ver anexo 1). Aunque no se aprecian diferencias significativas en cuanto a respuestas de conflicto entre la primera y segunda aplicación del test, de acuerdo con estos resultados ha habido una disminución en cuanto a la satisfacción en el área personal, social y sexual; en el caso de esta última si se toma en cuenta que sólo dos ítems corresponden a dicha área y no hubo diferencias en cuanto a las respuestas de conflicto no es de relevancia el resultado obtenido, pues en los instrumentos anteriores se verificó el disfrute sexual de las mujeres de la muestra.

En los integrantes masculinos de la muestra las diferencias significativas entre los dos momentos de aplicación del test estuvieron en las respuestas positivas del área personal (fueron más frecuentes en la segunda aplicación), lo que marca una diferencia en relación con las mujeres. El análisis en el área motivacional también arrojó diferencias tanto en las respuestas positivas como de conflictos, en ambos casos la mayor frecuencia estuvo al inicio del tratamiento (Ver Anexo 1), lo que avala la satisfacción y disfrute de la relación de pareja tanto en el aspecto físico como emocional en los hombres.

**CONCLUSIONES**

1. Los miembros de las parejas con tratamiento para la infertilidad de coito programado experimentaban deseo sexual hacia su pareja, disfrute de las prácticas sexuales en sí mismas como en su frecuencia, así como goce del intercambio emocional con la pareja tanto al inicio como al finalizar el tratamiento médico.

2. En los integrantes de la muestra en los dos momentos del diagnóstico (al iniciar el tratamiento de coito programado y al finalizar el mismo) estaban presentes sentimientos de afecto y amor hacia la pareja.

3. No se encontraron diferencias entre mujeres y hombres de las parejas en estudio en cuanto a la satisfacción sexual al iniciar el tratamiento de coito programado, así como al finalizar el mismo.

4. El tratamiento para la infertilidad con coito programado no provocó cambios en la satisfacción sexual de los integrantes de las parejas en estudio.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Bridges, S. K., Lease, S. H. y Ellison, C. R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. Journal of Counseling y Development, 82(2): 158-166.

Byers, E.S., Demmons, S. y Lawrence, K. (1998). Sexual satisfaction with dating relationships: A test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. Journal of Social and Personal Relationships, 15: 257-267.

Celis, A. (2012). Inseminación intrauterina en el momento actual. Revista Peruana Ginecología y Obstetricia, 58(2): 107-114.

Fernández, M., Herrera, P., González, I. (2002). Infertilidad como evento paranormativo: su repercusión familiar. *Revista Cubana Médica General Integral:* *18-2*.

Francisco, Martín, A. (2002). Perspectiva cualitativa / perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica. Mc Graw Hill, México DF.

Kushner, L. (2010). La fertilización in vitro: beneficios, riesgos y futuro. *Revista Científica Ciencias Médicas, 13(2)*: 77-80.

Llavona, L. y Mora, R. (2003). Atención psicológica a las parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En J.M. Ortigosa, M.J. Quiles y F.J. Méndez (Coords.), Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familias (pp.287-304). Madrid: Editorial Pirámide.

Moreno-Rosset, C. (2000). Factores Psicológicos de la infertilidad. Madrid: Editorial Sanz y Torres.

Moreno, A. y Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. En A. Moreno et al. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana, suplemento 1:* 11-17.

Moreno, Rosset, C., Núñez, R. & Caballero, P. (1999). Sexualidad y reproducción humana: ¿Querer es poder? Información Psicológica, *Revista Cuatrimestral del Colegio Oficial de Psicólogos del País, 69:* 38-41.

Moreno, Rosset, C. (2001). Psicología y Reproducción Asistida. Facultad de Psicología de la UNED España. Revista Interamericana de Psicología. Madrid, 40(3): 81 – 85.

Organización Mundial de Salud [OMS], Organización Panamericana de Salud [OPS] y Asociación Mundial de Sexología [WAS]. (2002). Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción (pp.3-5). Antigua Guatemala, Guatemala.

Orozco, I., Segura, A., Prados, F., Buxaderas, R., Hernández, J., Marqueta, J. (2013). Evolución del método de fecundación in vitro en España: 1993-2010. Rev. Int. Androl. 11(2): 48-53.

Parada, L. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. Revista Diversitas-Perspectivas en psicología, 2(1): 149-158.

Piñero, E. M. (2015). Aplicaciones de la resonancia magnética nuclear en el estudio de la infertilidad [tesis doctoral en Internet]. Valencia: Universidad de Valencia; Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/50616>

Tirado, M. Dolz, P. (2007). Apoyo psicológico en pacientes que recurren a tratamiento de reproducción asistida con donación de gametos. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana, suplemento 1:* 73 - 88*.*

**ANEXOS**

**Prueba de rangos con signo de Wilcoxon**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rangosa** | | | | |
|  | | N | Rango promedio | Suma de rangos |
| Intimidad emocional Después (1: Alta 2: Media 3:Baja) - Intimidad emocional Antes (1: Alta 2: Media 3:Baja) | Rangos negativos | 4b | 6,25 | 25,00 |
| Rangos positivos | 6c | 5,00 | 30,00 |
| Empates | 10d |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Intimidad social Después (1: Alta 2: Media 3:Baja) - Intimidad social Antes (1: Alta 2: Media 3:Baja) | Rangos negativos | 8e | 7,25 | 58,00 |
| Rangos positivos | 6f | 7,83 | 47,00 |
| Empates | 6g |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Intimidad sexual Después (1: Alta 2: Media 3:Baja) - Intimidad sexual Antes (1: Alta 2: Media 3:Baja) | Rangos negativos | 4h | 6,25 | 25,00 |
| Rangos positivos | 5i | 4,00 | 20,00 |
| Empates | 11j |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Intimidad intelectual Después (1: Alta 2: Media 3:Baja) - Intimidad intelectual Antes (1: Alta 2: Media 3:Baja) | Rangos negativos | 7k | 6,50 | 45,50 |
| Rangos positivos | 5l | 6,50 | 32,50 |
| Empates | 8m |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Intimidad recreacional Después (1: Alta 2: Media 3:Baja) - Intimidad recreacional Antes (1: Alta 2: Media 3:Baja) | Rangos negativos | 8n | 5,50 | 44,00 |
| Rangos positivos | 2o | 5,50 | 11,00 |
| Empates | 10p |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| satisfacción sexual después (1: muy Alto 2: alto 3: medio 4: bajo) - satisfacción sexual Antes (1: muy Alto 2: alto 3: medio 4: bajo) | Rangos negativos | 5q | 7,00 | 35,00 |
| Rangos positivos | 5r | 4,00 | 20,00 |
| Empates | 10s |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. Sexual Conflictos Después (Cantidad) - Rotter A. Sexual Conflictos Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 1t | 1,00 | 1,00 |
| Rangos positivos | 0u | ,00 | ,00 |
| Empates | 19v |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. Sexual Positiva Después (Cantidad) - Rotter A. Sexual Positiva Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 2w | 4,50 | 9,00 |
| Rangos positivos | 4x | 3,00 | 12,00 |
| Empates | 14y |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. Personal Conflictos Después (Cantidad) - Rotter A. Personal Conflictos Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 0z | ,00 | ,00 |
| Rangos positivos | 0aa | ,00 | ,00 |
| Empates | 20ab |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. Personal Positiva Después (Cantidad) - Rotter A. Personal Positiva Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 1ac | 10,00 | 10,00 |
| Rangos positivos | 17ad | 9,47 | 161,00 |
| Empates | 2ae |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. Conflictos Conflictos Después (Cantidad) - Rotter A. Conflictos Conflictos Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 4af | 3,25 | 13,00 |
| Rangos positivos | 2ag | 4,00 | 8,00 |
| Empates | 14ah |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. Conflictos Positiva Después (Cantidad) - Rotter A. Conflictos Positiva Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 6ai | 6,50 | 39,00 |
| Rangos positivos | 6aj | 6,50 | 39,00 |
| Empates | 8ak |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. Motivacional Conflictos Después (Cantidad) - Rotter A. Motivacional Conflictos Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 0al | ,00 | ,00 |
| Rangos positivos | 5am | 3,00 | 15,00 |
| Empates | 15an |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. Motivacional Positiva Después (Cantidad) - Rotter A. Motivacional Positiva Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 1ao | 3,00 | 3,00 |
| Rangos positivos | 7ap | 4,71 | 33,00 |
| Empates | 12aq |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. social Conflictos Después (Cantidad) - Rotter A. Social conflictos Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 5ar | 3,50 | 17,50 |
| Rangos positivos | 1as | 3,50 | 3,50 |
| Empates | 14at |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. Social Positiva después(Cantidad) - Rotter A. Social Positiva Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 4au | 8,13 | 32,50 |
| Rangos positivos | 7av | 4,79 | 33,50 |
| Empates | 9aw |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. escolar conflictos después (Cantidad) - Rotter A. escolar conflictos Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 0ax | ,00 | ,00 |
| Rangos positivos | 0ay | ,00 | ,00 |
| Empates | 20az |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. escolar Positiva después(Cantidad) - Rotter A. escolar Positiva Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 2ba | 3,00 | 6,00 |
| Rangos positivos | 3bb | 3,00 | 9,00 |
| Empates | 15bc |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. familiar conflictos después(Cantidad) - Rotter A. familiar conflictos Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 1bd | 1,00 | 1,00 |
| Rangos positivos | 0be | ,00 | ,00 |
| Empates | 19bf |  |  |
| Total | 20 |  |  |
| Rotter A. familiar Positiva después(Cantidad) - Rotter A. familiar Positiva Antes (Cantidad) | Rangos negativos | 2bg | 3,50 | 7,00 |
| Rangos positivos | 5bh | 4,20 | 21,00 |
| Empates | 13bi |  |  |
| Total | 20 |  |  |

|  |
| --- |
|  |