

Subfecundidad e infertilidad en mujeres mexicanas

Alfonso S. González Cervera

Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco

Resumen

Este estudio reporta la frecuencia de subfecundidad y de infertilidad en la población general de mujeres mexicanas. Los análisis se hicieron utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Once por ciento de las mujeres que ya habían tenido alguna relación sexual se clasificaron como subfecundas y 4 por ciento como infértiles al momento de la encuesta. En total, 15 por ciento de las mujeres entrevistadas habían experimentado alguna vez durante su vida fértil un periodo de infertilidad de 12 meses o más. Del total de mujeres infértiles, una tercera parte, aproximadamente, padecía infertilidad primaria. Éstas buscaron ayuda en mayor proporción que las demás, recibieron tratamiento y se informaron acerca de la causa del problema. También fueron quienes reportaron una frecuencia más alta de relaciones sexuales durante los días previos a la encuesta y, en mayor proporción, el deseo de tener un hijo.

Palabras clave: fecundidad, fertilidad, vida sexual, mujeres, México.

Abstract

Subfecundity and Infertility in Mexican Women

This descriptive study is the first report on the frequency of subfecundity and infertility among the general population of Mexican women. The data came from a national survey conducted in Mexico in 2003. Fifteen percent of the women interviewed had experienced a period of infertility of 12 months or more at some time during their fertile ages; eleven percent of women could be classified as subfecundity and four percent as infertile. The followed treatment seemed to have no influence for the achievement of a full term pregnancy. Women with primary infertility seemed to be the ones more concerned about their problem, especially the youngest.

Key words: fecundity, fertility, sexual life, women, Mexico.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la infertilidad como el porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) que estando en riesgo de embarazarse (no embarazadas, sexualmente activas, no usuarias de anticonceptivos y sin lactar) reporta haber tratado de lograrlo durante dos años o más (WHO, 2001). Sin embargo, es común encontrar que el periodo de referencia se reduzca a 12 meses o más (Beers y Berkow, 2005; Collins, 2004; National Center for Health Statistics, 2005; National Library of

Medicine, 2005). Ambos periodos han sido utilizados para la investigación epidemiológica y demográfica (Geelhoed *et al.*, 2002; Templeton *et al.*, 1990; Schrijvers *et al.*, 1991), aunque el de 12 meses es más relevante para la práctica clínica, particularmente cuando se trata de mujeres en edad fértil avanzada, de 35 años o más, pues las esperas prolongadas pueden comprometer sus oportunidades para llegar a embarazarse (Dunson *et al.*, 2004). Con menor frecuencia, en algunos estudios se han considerado lapsos más largos (Larsen, 2000; Liu *et al.*, 2005).

El uso de los distintos periodos hace una diferencia en las estimaciones de prevalencia que se pueden obtener de las investigaciones (Larsen, 2005; Marchbanks *et al.*, 1989). Esto se debe a que comúnmente una alta proporción de mujeres o de parejas logra concebir después de 12 meses de relaciones sexuales no protegidas (Dunson *et al.*, 2004); a dichas mujeres o parejas se les denomina ‘subfecundas’ (Basso and Olsen, 2005). Por este motivo, el uso de un periodo de referencia de 12 meses generalmente arroja estimaciones más altas de prevalencia que el de 24 meses.

Adicionalmente se hace una distinción entre la infertilidad primaria, que se refiere a las mujeres o a las parejas que nunca han concebido a pesar de cohabitar y de exponerse al embarazo durante el periodo de referencia, y la infertilidad secundaria, concerniente a las mujeres o a las parejas que después de haber concebido no lo han podido hacer después (WHO, 2001). Esta diferencia resulta de interés, ya que al menos en ciertos casos señala causas de infertilidad de distinta naturaleza (Inhorn, 2003).

Si bien la prevalencia de infertilidad tiene consecuencias sociales, por ejemplo, cuando una población alcanza niveles muy bajos de fecundidad, su mayor importancia está en los efectos que tiene para las mujeres que la padecen, pues viven un “proceso de transformación durante el cual sufren la pérdida de su función reproductora y de su papel maternal... la exclusión de rituales sociales valiosos y la privación de los vínculos de descendencia” (Gonzalez, 2000), experiencia que “puede ser devastadora para las parejas que desean tener hijos” (Kainz, 2001). Se ha encontrado que, comparadas con aquéllas que son fértiles, las mujeres con infertilidad tienen niveles más altos de depresión y ansiedad y más baja autoestima, así como efectos negativos en su vida íntima sexual (Mechanick Breverman, 2004), con sus consecuencias de desajustes matrimoniales y una menor calidad de vida (Monga *et al.*, 2004). En ocasiones, la severidad y la frecuencia con que se presentan estos problemas hace aconsejable que se les refiera para evaluación psicológica (Fido, 2004). La

intensidad de estos problemas varía con las características de la cultura o del entorno familiar, pero están presentes en cualquier sociedad.

Las mujeres infértiles también están en mayor riesgo de tener resultados adversos del embarazo o del nacimiento subsecuentes a periodos de infertilidad, tales como una mayor frecuencia de aborto o de mortalidad neonatal (Basso y Baird, 2003; Basso y Olsen, 2005).

En México, aun cuando distintas instancias del gobierno han reconocido la importancia de la infertilidad en el país, los estudios que al respecto se han llevado a cabo son de carácter clínico en ámbitos hospitalarios, relacionados con las causas y con el tratamiento. En la revisión bibliográfica (PubMed, Popline, Scirus y otros) no se encontró ninguna publicación previa referente a la prevalencia de este problema en la población general del país.

Dos encuestas nacionales, de los años 1998 y 2000, contienen información muy limitada sobre la frecuencia de la infertilidad en la población mexicana. Una encuesta más reciente, la Encuesta Nacional sobre Salud Reproductiva 2003 (Ensar 2003; levantada bajo la coordinación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud), es sin duda la única fuente disponible con que se cuenta en México para estimar la prevalencia de la infertilidad y las características de las mujeres que la padecen. Esta fuente es la que se utilizó para realizar el presente trabajo, que es el primero en aproximarse a la medición de este problema en México, y al análisis de las características de quienes lo padecen en la población general del país.

Método

Definiciones

Para identificar a las mujeres infértiles se tomó el periodo de 12 meses, ya que así se recabó la información en la encuesta. Fueron consideradas 'subfecundas' aquellas mujeres que lograron un embarazo a término después de haber experimentado un periodo de infertilidad de al menos 12 meses de duración. Las mujeres fértiles fueron aquellas que habían tenido al menos un hijo nacido vivo sin haber sufrido algún periodo de infertilidad.

Generalidades de la encuesta

La Encuesta incluyó a 20 925 mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad), de localidades urbanas y rurales de todo el país y que fueron seleccionadas por muestreo probabilístico, multietápico y estratificado.

Análisis de datos

El análisis básico del presente trabajo, para identificar a las mujeres subfecundas y a las infértiles, se realizó con las siguientes preguntas del cuestionario:

1. Pregunta 5.1. “¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?”, para seleccionar sólo a aquéllas que ya habían tenido relaciones sexuales;
2. Pregunta 6.2. “¿Alguna vez tardó o pasó más de un año en embarazarse sin utilizar algún método anticonceptivo?”, para la identificación inicial de las mujeres que hubieran experimentado alguna vez en su vida un periodo de infertilidad;
3. Pregunta 6.3. “La última vez que esto sucedió, ¿usted quería embarazarse?”, para seleccionar solamente a aquéllas que habiendo tenido un periodo de infertilidad realmente buscaban embarazarse;
4. Pregunta 6.5. “¿Cada cuándo tenía relaciones sexuales en esa época?”, como criterio adicional para incluir sólo a aquellas mujeres que tuvieran una actividad sexual frecuente (“al menos una vez a la semana”, “frecuentemente” y “muy frecuentemente”) y que, por lo tanto, pudieran ser consideradas como realmente expuestas al embarazo;
5. Pregunta 6.14. “Finalmente, ¿usted se embarazó?”, que es el resultado final que permite distinguir a las mujeres subfecundas de las infértiles, y pregunta 6.15. “El resultado de ese embarazo, ¿fue: nacido vivo, muerte fetal, aborto, aún está embarazada? En este estudio se utilizó esta respuesta para distinguir a las mujeres subfecundas de aquéllas que no pudieron tener un embarazo a término y que, desde este punto de vista, siguen siendo infértiles. En la categoría de subfecundas se incluyó a las mujeres que dijeron estar embarazadas al momento de la encuesta.

Resultados

Descripción general de las mujeres de la muestra

Las mujeres de la muestra tuvieron una edad media de 29.7 años ($s = 9.8$ años). La edad media a la primera relación sexual fue de 18.8 años ($s = 3.95$). 60.8 por ciento de las mujeres estaba en unión, mientras que 31.4 por ciento eran solteras. Declararon ser analfabetas 6.9 por ciento; tener como máximo de estudios la primaria completa o menos, 38.8 por ciento, y contar con estudios universitarios, 11 por ciento. 90.9 por ciento hablaba español, 62.2 por ciento había tenido al menos un hijo nacido vivo y 11.9 por ciento declaró haber tenido al menos un aborto, sin hacer distinción entre los espontáneos y los inducidos. De las solteras entrevistadas, 18.9 por ciento dijo ya haber tenido su primera relación sexual.

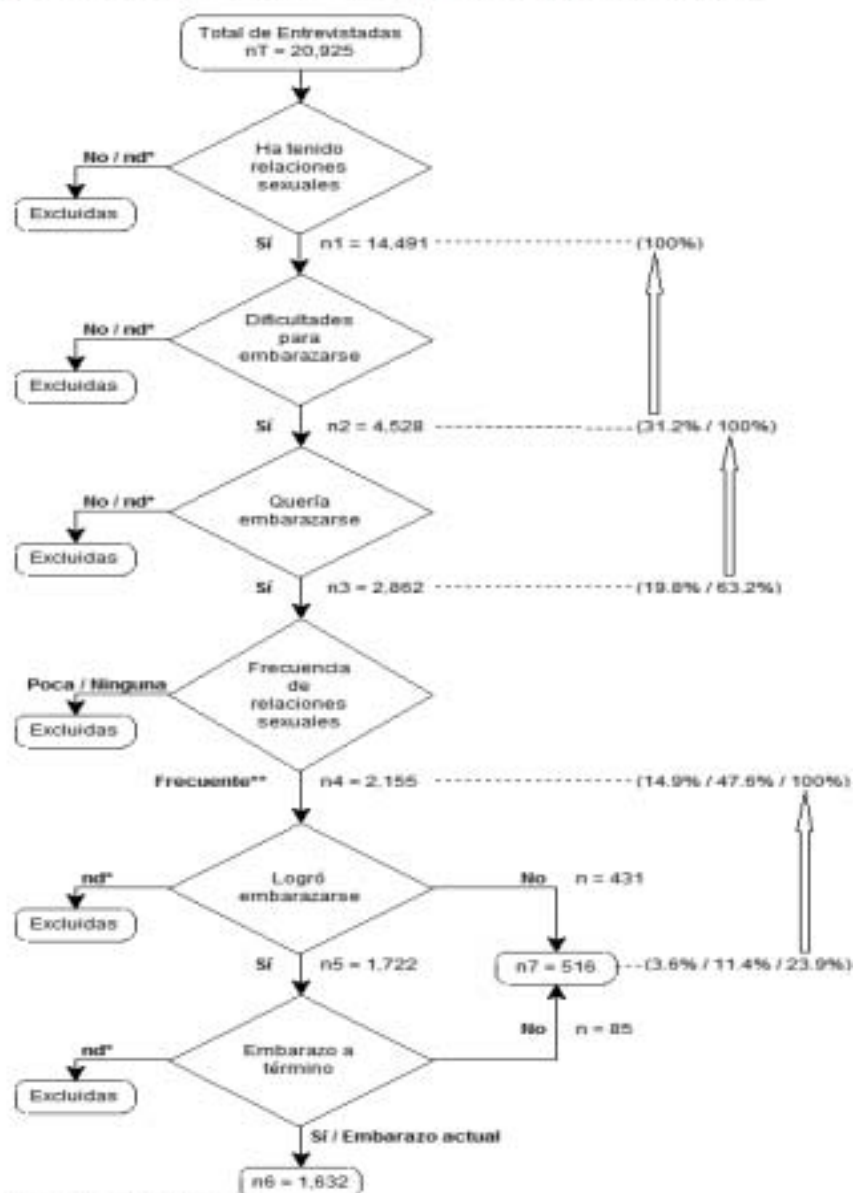
Frecuencia de subfecundidad y de infertilidad

Para identificar a las mujeres subfecundas y a las infértiles se siguió el procedimiento que se muestra en la gráfica 1. Ahí también pueden observarse las frecuencias y los porcentajes en cada paso de la selección.

Al aplicar la definición de infertilidad para un periodo de 12 meses o más, se observa que 31 por ciento del total de las mujeres sexualmente activas (n_1) sufrió infertilidad en algún momento de su vida (n_2), pero esa condición se reduce a poco menos de 20 por ciento si se toma en cuenta únicamente a aquéllas que realmente habían deseado embarazarse durante ese periodo (n_3), y a casi 15 por ciento si sólo se incluye a quienes declararon haber tenido relaciones sexuales frecuentes (n_4 con respecto a n_1).

Sin embargo, muchas de estas mujeres lograron tener un embarazo después del periodo de infertilidad (n_5 , 80 por ciento con respecto a n_4). Pero 85 de estas últimas no alcanzaron un embarazo a término, por lo que las mujeres que pudieron identificarse finalmente como subfecundas (n_6) fueron 11 por ciento de las sexualmente activas (n_1), o 76 por ciento de aquéllas que alguna vez sufrieron un periodo de infertilidad, deseaban embarazarse y tuvieron relaciones sexuales frecuentes durante ese periodo (n_4).

Gráfica 1. Proceso de selección para la identificación de las mujeres subfecundas y de las infértiles. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003.



*: información no disponible.

**": "al menos una vez a la semana", "frecuentemente" y "muy frecuentemente".

El nivel de infertilidad al momento de levantar la encuesta está dado por las mujeres del grupo n_7 : 516 que no habían logrado embarazarse o no habían logrado un embarazo a término (cerca de cuatro por ciento de todas las que habían tenido alguna relación sexual, n_1). De aquéllas, 320 habían tenido anteriormente al menos un hijo nacido vivo, por lo que se puede considerar que tenían infertilidad secundaria (62 por ciento de las mujeres infértiles, n_7), mientras que el resto tenía infertilidad primaria (196 o 38 por ciento de las mujeres infértiles, n_7).

De esta forma, 15 por ciento de todas las mujeres que ya habían tenido relaciones sexuales habían sufrido un periodo de infertilidad alguna vez durante su vida.

Características diferenciales

En el cuadro 1 se puede ver que las mujeres fértiles y las infértiles primarias tuvieron una edad media menor que el resto. Las mujeres infértiles primarias iniciaron su vida sexual activa a una edad media mayor que las otras. Tanto el porcentaje de mujeres con antecedentes de aborto como el número medio de abortos resultó ser mayor en las infértiles secundarias que en las subfecundas y en las fértiles. Las mujeres con infertilidad primaria reportaron un número medio más elevado de relaciones sexuales durante los 30 días previos a la encuesta que el resto de las mujeres.

Los porcentajes de mujeres que declararon haber tenido ciertos antecedentes patológicos que pudieron contribuir a la presencia de la subfecundidad o de la infertilidad se muestran en el cuadro 2, pero se detallan sólo los más frecuentes. En todos los casos se hizo mención de las irregularidades menstruales como el problema más frecuente, aunque lo es mucho más entre las infértiles, comparadas con las subfecundas, y entre las infértiles primarias comparadas con las secundarias. Los otros antecedentes reportados fueron siempre más frecuentes en las infértiles.

Los reportes relacionados con la atención y el tratamiento de las mujeres subfecundas y de las infértiles aparecen en el cuadro 3. Ahí se puede ver que menos de la mitad de las subfecundas acudió a consulta, mientras que casi las dos terceras partes de las infértiles lo hicieron y que las infértiles primarias acudieron con mayor frecuencia que las secundarias. Alrededor de la mitad que asistió a consulta utilizó servicios médicos privados, cerca de una tercera parte servicios públicos de consulta externa y sólo un bajo porcentaje hizo uso de hospitales públicos.

CUADRO 1
COMPARACIÓN DE CIERTAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES FÉRTILES,
SUBFECUNDAS E INFÉRTILES

Característica	Fértiles	Subfecundas	Total	Infértiles	
				Primaria	Secundaria
n	8 792	1 632	516	196	320
Edad media (EE)	32.9* (0.09)	35.2 (0.19)	34.8 (0.36)	32.1** (0.62)	36.5 (0.41)
Edad media a la 1ª relación sexual (EE)	18.8 (0.04)	18.7 (0.10)	20.2 (0.25)	21.9** (0.50)	19.2 (0.23)
Número de relaciones sexuales 30 días antes de la encuesta, media (EE)	6.7 (0.08)	6.4 (0.17)	7.5* (0.34)	8.1 (0.56)	7.2 (0.42)
Antecedentes de aborto (%)	16.9	21.8			35.9*
Número de abortos, media (EE)	1.3 (0.02)	1.3 (0.03)			1.5 (0.08)*
Desea un (otro) hijo (%)	30.1	27.7	67.1*	83.0**	57.2

*: $p < 0.05$ entre el total de infértiles, las subfecundas y las fértiles.
**: $p < 0.05$ entre las infértiles primarias y las secundarias.
Para las comparaciones de proporciones se utilizó la prueba de Ji al cuadrado (con las frecuencias absolutas), para la comparación de dos medias la prueba t de Student y para la comparación de tres medias el análisis de varianza.

CUADRO 2
PORCENTAJE DE MUJERES SUBFECUNDAS Y DE INFÉRTILES CON LOS
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MÁS FRECUENTES RELACIONADOS
CON LA PRESENCIA DE PERÍODOS INFÉRTILES

Antecedentes	Subfecundas	Total	Infértiles	
			Primaria	Secundaria
n	1 632	516	196	320
Irregularidades menstruales	39.9	53.0*	60.0**	48.7
Operación pélvica	4.5	9.0*	9.7	8.5
Legrado	8.7			16.0*
Problema en útero	6.4	15.0*	14.9	15.1
Resto	40.5	23.0	15.4	11.7

*: $p < 0.05$ entre el total de infértiles y las subfecundas.

** : $p < 0.05$ entre las infértiles primarias y las secundarias.

Para las comparaciones de proporciones se utilizó la prueba de Ji al cuadrado (con las frecuencias absolutas).

Las mujeres infértiles primarias reportaron en mayor proporción haber recibido información acerca de la causa de su problema, siendo el más frecuente la ausencia de ovulación, seguida de problemas atribuibles al esposo y de obstrucción tubaria. Para las mujeres con infertilidad secundaria, el principal problema referido fue el de miomas uterinos, seguido de ausencia de ovulación y de problemas uterinos no suficientemente especificados. Finalmente, las mujeres subfecundas reportaron los problemas uterinos no suficientemente especificados, la ausencia de ovulación y el uso de anticonceptivos inyectables como los más frecuentes. En todos los casos fue muy bajo el porcentaje de mujeres que fueron informadas de la causa del problema, sólo las mujeres con infertilidad primaria superaron 50 por ciento.

El cuadro 4 muestra que poco más de la tercera parte de las mujeres subfecundas y de las infértiles recibió tratamiento; sólo las mujeres con infertilidad primaria superaron 40 por ciento. Las tres cuartas partes o más de las mujeres que recibieron tratamiento reportaron que éste se basó en “medicamentos”, algunas pocas se sometieron a intervenciones quirúrgicas y fue casi nulo el porcentaje de quienes recurrieron a la fertilización *in vitro*.

CUADRO 3
PORCENTAJE DE MUJERES SUBFECUNDAS E INFÉRTILES QUE
ACUDIERON A CONSULTA MÉDICA Y CAUSAS DE INFERTILIDAD

Característica		Subfecundas	Total	Infértiles	
				Primaria	Secundaria
n		1 632	516	196	320
Acudieron a consulta (%)		44.5*	61.8	72.4**	55.3
Consultaron a médico (% de las que acudieron a consulta)		90.9*	94.3	97.1	92.0
Tipo de servicio	Privado	51.8	49.2	46.5	51.4
(%)	Hospital público	10.6	13.7	18.3	10.3
	Consulta externa en servicio público	28.6	33.0	32.4	32.4
	Consulta externa otros	9.0	4.1	2.8	5.9
Supo qué problema tenía (%)		34.2*	46.3	57.7**	39.4
	No ovulación	13.4	16.5	20.0	13.8
	No especificado del útero	14.1	9.5	5.7	12.8
	Anticonceptivos inyectables	7.4	1.7	1.9	1.6
	Obstrucción tubaria	6.9	9.5	11.3	8.0
	Miomas uterinos	6.3	13.9	10.4	16.8
	Ovario otros	5.4	2.2	0.9	3.2
	Esposo	3.8	12.1	18.9	6.4
	Infecciones vaginales y del cuello uterino	3.8	2.6	0.9	4.0
Causa (%) de las que supieron el problema)	Quistes de ovarios	3.1	6.9	7.5	6.4
	Endometriosis	0.5	2.6	0.9	4.0
	No especificado	6.7	5.6	4.7	6.4
	Otros	28.6	16.9	16.9	16.6

*: $p < 0.05$ entre el total de infértiles y las subfecundas.

**.: $p < 0.05$ entre las infértiles primarias y las secundarias.

Las pruebas de significancia no se realizaron para tipo de servicio y problemas reportados.

Para las comparaciones de proporciones se utilizó la prueba de Ji al cuadrado (con las frecuencias absolutas).

CUADRO 4
TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO POR LAS MUJERES QUE ACUDIERON
A CONSULTA (EN PORCENTAJE)

Tratamiento	Subfecundas (1 632)	Total (516)	Infértiles	
			Primaria (196)	Secundaria (320)
	31.6*	38.2	47.4**	32.5
Sí recibieron	(n = 509)	(n = 198)	(n = 93)	(n = 105)
Medicamentos	72.9	78.8	82.8	75.2
Cirugía	4.7	7.6	6.5	8.6
Fertilización in vitro	0.2	1.0	1.1	1.0
Otros	22.2	12.6	9.6	15.2

*: $p < 0.05$ entre el total de infértiles y las subfecundas.

** : $p < 0.05$ entre las infértiles primarias y las secundarias.

Las pruebas de significancia no se realizaron para el tipo de tratamiento recibido.

Para las comparaciones de proporciones se utilizó la prueba de Ji al cuadrado (con las frecuencias absolutas).

Importancia de haber seguido un tratamiento

De todas las mujeres que recibieron algún tratamiento habiendo consultado a un médico (782), 75 por ciento se embarazó, a la vez que entre quienes no lo recibieron (505), 70 por ciento también logró embarazarse ($p = 0.04$). Por otro lado, tanto quienes recibieron tratamiento y lograron un embarazo (589) como quienes no recibieron tratamiento y lograron un embarazo (352) tuvieron un hijo nacido vivo en la misma proporción (90 por ciento). Además, la fracción de mujeres subfecundas que recibió tratamiento fue menor que la correspondiente de mujeres infértiles (32 y 38 por ciento, respectivamente, $p = 0.005$).

Deseo de hijos

Finalmente, 83 por ciento de las mujeres infértiles primarias declaró su deseo de tener un hijo, a diferencia de sólo 57 por ciento de las secundarias (quienes, por definición, ya habrían tenido algún hijo previamente). La edad media de las infértiles primarias que deseaban tener un hijo fue de 30 años, mientras que en las que no lo deseaban fue de 40 años ($p < 0.0005$). 28 por ciento de las subfecundas y 30 por ciento de las fértiles dijeron que desearían tener otro hijo.

Discusión

Las preguntas del cuestionario no permiten ubicar en el tiempo los periodos de infertilidad (de 12 meses o más) reportados por las mujeres, ya que se referían a cualquier momento de su vida fértil. Es posible que por este motivo la mayoría de quienes inicialmente podrían haber sido identificadas como infértiles, al momento de la encuesta ya habían logrado un embarazo y más bien serían subfecundas. Esto significa que, en la población mexicana, poco más de una décima parte de todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales o tres cuartas partes de las que alguna vez pudieron ser clasificadas como infértiles, en realidad han sido subfecundas.

Por otro lado, la prevalencia de la infertilidad al momento de la encuesta estaría cercana al cuatro por ciento del total de mujeres que ya habían tenido relaciones sexuales. Este porcentaje corresponde a mujeres que declararon haber tenido un periodo de infertilidad en algún momento de su vida fértil y que, hasta la fecha de la encuesta, no habían logrado un embarazo o, en todo caso, un embarazo a término. Lo anterior significa que, en ese momento, alrededor de 750 mil mujeres en México habrían estado sufriendo de infertilidad sin poder encontrar una solución a su problema.

Este nivel de prevalencia está muy por debajo de lo que se reporta para otras poblaciones, siempre por encima de 10 por ciento (Geelhoed *et al.*, 2002; Wishak, 2001), aun cuando se tome un periodo de referencia de 24 meses o más (WHO, 2001b; Russian Academy of Medical Sciences, 2000; Templeton *et al.*, 1990). La prevalencia más baja encontrada en la revisión bibliográfica fue de ocho por ciento en Canadá (Case, 2003).

Sólo en un estudio realizado en Australia se informa de la frecuencia de infertilidad en mujeres en algún momento de su vida (19.1 por ciento, Webb y Holman, 1992); por cierto, este dato también es mayor que el aquí reportado para la suma de mujeres subfecundas e infértiles, que estaría cercano a 15 por ciento de las mujeres que ya habían tenido relaciones sexuales. Como en otros estudios (Wishak, 2001; Schrijvers *et al.*, 1991), aquí comunicamos una frecuencia menor de infertilidad primaria comparada con la secundaria, en una relación de uno a dos, aproximadamente.

Al igual que en otros casos (Lorimer, 1954; Webb y Holman, 1992; Dunson *et al.*, 2004), aquí se observa que las mujeres subfecundas y las infértiles tuvieron una edad media mayor que las mujeres fértiles, aunque las infértiles primarias fueron más jóvenes que las secundarias y que las subfecundas.

Diferentes estudios (Webb y Holman, 1992; Templeton *et al.*, 1990) mencionan los modestos logros de los tratamientos, dado que gran parte de las mujeres alguna vez infértiles llegan finalmente a concebir, ya sea que hayan seguido o no un tratamiento, como se aprecia en el presente trabajo.

Sólo un bajo porcentaje de las mujeres subfecundas (una tercera parte) y de las infértiles (la mitad) buscó ayuda, aunque casi todas las que lo hicieron consultaron a un médico. Aproximadamente, la mitad de ellas acudió a servicios privados, algunos de los cuales pudieran tener la capacitación para tratar este problema, pero no se puede obtener mayor detalle a partir de la base de datos. Aproximadamente un tercio acudió a servicios públicos de consulta externa, en donde el tratamiento estaría a cargo principalmente de médicos familiares. Y fue sólo una minoría la que tuvo acceso a hospitales públicos en los cuales se podría encontrar atención especializada.

El tipo de tratamiento seguido mayormente se refiere a “medicamentos”, con toda seguridad inductores de la ovulación. Estos tratamientos han sido señalados como “tecnología de bajo nivel”, comunes aún en algunos países industrializados (Stephen y Chandra, 2000). Sólo una reducida proporción de mujeres recibió tratamientos de más alta tecnología, como la cirugía, y casi nadie recurrió o tuvo acceso a la fertilización *in vitro*. Es posible que este tipo de tratamientos de bajo nivel influya en el hecho de que, finalmente, el haber recurrido o no a ellos tenga el mismo resultado en cuanto al logro final de un embarazo a término. Lo anterior no significa necesariamente que los tratamientos hubieran sido inapropiados, particularmente para las causas de subfecundidad.

Aunque en esta encuesta no se exploraron los efectos psicológicos o emocionales de la infertilidad, algunos datos pueden sugerir algo de lo que esté pasando al respecto. Por ejemplo, el hecho de que las mujeres infértiles declararon su deseo de tener un (u otro) hijo en proporción mucho más alta que las subfecundas y por supuesto que las fértiles, y que, además, las que tenían infertilidad primaria lo hicieran en proporciones aún más altas, nos sugiere que entre ellas debe existir un malestar o una aflicción por la falta de algo que seguramente consideran gozoso y que siguen buscando con insistencia. Este supuesto es apoyado, además, por los resultados que muestran que las mujeres infértiles, y particularmente las infértiles primarias, tuvieron un número medio mayor de relaciones sexuales durante los 30 días previos a la encuesta. Lo mismo sugiere el hecho de que estas mujeres en más alto porcentaje acudieron a consulta, se enteraron de la naturaleza de su problema y recibieron algún tratamiento, comparadas con sus contrapartes.

De manera similar a lo encontrado en otros estudios, es posible que con el tiempo el estado de desazón que se sugiere arriba, si bien puede aumentar con el paso de los años, tienda finalmente a aliviarse en el más largo plazo (Guz *et al.*, 2003; Matsubayashi *et al.*, 2004), pues fue notorio que, entre las mujeres con infertilidad primaria, las que ya no deseaban tener un hijo eran sensiblemente mayores (la edad media era de 40 años) que las que sí lo continuaban deseando (la edad media era de 30 años).

Bibliografía

BASSO, O. y D. Baird, 2003, "Infertility and pre-term delivery, birth weight, and Caesarean section: a study within the Danish National Birth Cohort", en *Human Reproduction*, 18(11).

BASSO, O. y O. Olsen, 2005, "Subfecundity and neonatal mortality: longitudinal study within the Danish National Birth Cohort", en *British Medical Journal*, 330.

BEERS, M. y R. Berkow, 2005. *The merck manual for diagnosis and therapy*, Whitehouse Station, Merck & Co, NJ.

CASE, AM, 2003, "Infertility evaluation and management. Strategies for family physicians", en *Canadian Family Physician*, 49.

COLLINS, JA, 2004, "Evidence-based infertility: evaluation of the female partner", Proceedings of the 18th World Congress on Fertility and Sterility, en *Advances in Fertility and Reproductive Medicine*, 1266.

DUNSON, DB, D. Baird y B. Colombo, 2004, "Increased infertility with age in men and women", en *Obstetrics & Gynecology*, 103(1).

FIDO, A, 2004, "Emotional distress in infertile women in Kuwait", en *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 49(1).

GEELHOED, DW, D. Nayembil, K. Asare Schagen JH van Leeuwen y J. van Roosmalen, 2002, "Infertility in rural Ghana", en *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 79(2): 137-142.

GONZALEZ, LO, 2000, "Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women", en *Issues in Mental Health Nursing*, 21(6).

GUZ, H, A. Ozkan, G. Sarisoy, F. Yanik y A. Yanik, 2003, "Psychiatric symptoms in Turkish infertile women", en *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24(4).

INHORN, MC, 2003, "Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt", en *Social Science & Medicine*, 56.

KAINZ, K, 2001, "The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility", en *Women's Health Issues*, 11(6).

LARSEN, U, 2000, "Primary and secondary infertility in sub-Saharan Africa", en *International Journal of Epidemiology*, 29(2).

- LARSEN, U, 2005, "Research on infertility: which definition should we use?", en *Fertility and Sterility*, 83(4).
- LIU, J, U. Larsen y G. Wyshak, 2005, "Prevalence of primary infertility in China: in-depth analysis of infertility differentials in three minority province/autonomous regions", en *Journal of Biosocial Science*, 37.
- LORIMER, F, 1954, "Capacity for procreation and levels of natality", en F. Lorimer, *Culture and human fertility: a study of the relation of cultural conditions to fertility in non-industrial and transitional societies*, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, Zurich.
- MARCHBANKS, PA, H. Peterson, G. Rubin y P. Wingo, 1989, "Research on infertility: definition makes a difference", The Cancer and Steroid Hormone Study Group, en *American Journal of Epidemiology*, 130(2).
- MATSUBAYASHI, H, T. Hosaka, S. Izumi, T. Suzuki, A. Kondo y T. Makino, 2004, "Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress", en *General Hospital Psychiatry*, 26(5).
- MECHANICK Braverman, A, 2004, "Psychosocial aspects of infertility: sexual dysfunction", Proceedings of the 18th World Congress on Fertility and Sterility, en *Advances in Fertility and Reproductive Medicine*, 1266.
- MONGA, M, B. Alexandrescu, S. Katz, M. Stein y T. Ganiats, 2004, "Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function", en *Urology*, 63(1).
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2005, NCHS definitions.
- NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2005, Medical Encyclopedia.
- RUSSIAN ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES, 2000, *Postdelivery contraception and women's reproductive health in the Russian Federation*, final report, WHO Collaborating Centre on Research in Human Reproduction, Moscow.
- SCHRIJVERS, D, A. Dupont y A. Meheus, 1991, "Prevalence and type of infertility in Gabon", en *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 71(4).
- STEPHEN, EH y A. Chandra, 2000, "Use of infertility services in the United States: 1995", en *Family Planning Perspectives*, 32(3).
- TEMPLETON, A, C. Fraser y B. Thompson, 1990, "The epidemiology of infertility in Aberdeen", en *British Medical Journal*, 301(6744).
- WEBB, S y D. Holman, 1992, "A survey of infertility, surgical sterility and associated reproductive disability in Perth, Western Australia", en *Australian Journal of Public Health*, 16(4).
- WHO, 2001b, *WHO regional strategy on sexual and reproductive health*, Regional Office for Europe, Reproductive Health/Pregnancy Programme, Copenhagen.
- WHO, 2001, *Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO Regional Office for Europe*, Reproductive, Maternal and Child Health European Regional Office, Copenhagen.
- WYSHAK, G, 2001, "Infertility in American college alumnae", en *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 73(3).