

**ESTUDIOS ORIGINALES**

# Análisis del impacto emocional, salud sexual y calidad de vida en mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana

## Analysis of the emotional impact, sexual health, and quality of life in women undergoing assisted human reproduction techniques

Margarita Calso González

Supervisora de nutrición y dietética del Hospital Universitario La Paz (Madrid). Profesora Asociada de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma de Madrid.

**IX Premios de Investigación CODEM 2025. Primer premio.**

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.392>

**Cómo citar este artículo:** Calso González, M., Análisis del impacto emocional, salud sexual y calidad de vida en mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana. *Conocimiento Enfermero* 32 (2026): 07-20.

**Disponible en:** <http://www.conocimientoenfermero.es>

### RESUMEN

**Introducción.** El incremento del número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida aumenta el interés y los estudios sobre el impacto en diferentes aspectos de la vida de las pacientes, así como sobre las necesidades que surgen como consecuencia de la experiencia vivida. Los problemas de fertilidad afectan a los diferentes ámbitos de la vida de una persona, como la esfera sexual, el bienestar psicológico, el social y el laboral y a las relaciones interpersonales, entre otros.

**Objetivo.** Analizar el impacto de las técnicas de reproducción humana asistida en la salud sexual, emocional y calidad de vida de las mujeres sometidas a dichas técnicas y describir las diversas variables que pudieran influir en ello.

**Metodología.** Estudio transversal, en una muestra de 271 mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida en el Hospital Universitario La Paz de Madrid.

**Resultados.** El 74,9% (n=203) mostraban alteraciones en alguna de las esferas sexuales, correlacionándose con la edad de la paciente, con su procedencia, con el tiempo sometida a tratamiento y con los intentos previos. La ansiedad aumentaba a un 22,4 en el momento del tratamiento, siendo mayor en los tratamientos in vitro frente a las inseminaciones artificiales, en mujeres con endometriosis y en pacientes con intentos previos fallidos.

**Conclusión.** Los tratamientos de reproducción asistida producen alteraciones en la esfera afectivo sexual y calidad de vida de las pacientes por lo que es importante llevar a cabo intervenciones que permitan prevenir y/o detectar los efectos negativos.

**Palabras clave:** infertilidad; sexualidad; salud mental; salud de la mujer; calidad de vida.

### ABSTRACT

**Introduction.** The increase in the number of women undergoing assisted human reproduction techniques has heightened interest and studies on the impact on various aspects of patients' lives, as well as the needs that arise as a consequence of the experience. Fertility problems affect various aspects of a person's life, such as sexual sphere, psychological well-being, social and work life, and interpersonal relationships, among others.

**Objective.** To analyze the impact of assisted reproductive techniques on the sexual and emotional health of women undergoing these techniques and to describe the various variables that may influence this impact.

**Methodology.** Cross-sectional study with a sample of 271 women undergoing assisted reproductive techniques at the Hospital Universitario La Paz in Madrid.

**Results.** 74.9% (n=203) exhibited alterations in some sexual spheres, correlating with the patient's age, origin, duration of treatment, and previous attempts. Anxiety increased to 22.4% during treatment, being higher in vitro treatments compared to artificial inseminations, in women with endometriosis, and in patients with previous failed attempts.

**Conclusion.** Assisted reproductive treatments cause alterations in the affective-sexual sphere of patients, making it important to implement interventions to prevent and/or detect negative effects.

**Keywords:** infertility; sexuality; mental health; women's health; quality of life.

## 1. Introducción

Si hacemos un recorrido histórico a lo largo del tiempo, por las diferentes sociedades y culturas, la idea de fertilidad e infertilidad era precisa. Sin embargo, debido a los avances científicos y tecnológicos, la esterilidad humana presenta una realidad compleja, que abarca todas las esferas de la vida y que por lo tanto es necesaria una mirada integral cuando pretendemos abarcar todos los factores implicados. Tanto por las causas, su diagnóstico, tratamiento, severidad y reversibilidad o no, se ha ampliado el horizonte conceptual.

Es importante para abordar el tema de estudio, tomar como referencia la prevalencia de infertilidad a nivel mundial. En 1992 la OMS hablaba de que *“aproximadamente el 8-10% de las parejas experimentan algún tipo de problema de infertilidad durante su vida reproductiva”*. Dato que más adelante otras autoras (Liminana-Gras, Rosa Maria; 2017) [1] elevan hasta el 15% de parejas en edad reproductiva haciendo hincapié en su incremento en países en desarrollo. En 2024 la OMS elevó este dato a casi un 18%, es decir a una de cada seis parejas en edad reproductiva.

Por otro lado, en ciertas publicaciones (Petraglia, Felice et al.; 2013. Garcia-Quintans, Lorena; 2017) [2,3], describen como factores causales del incremento de la infertilidad a los efectos del estilo de vida, la exposición prolongada al estrés, la contaminación ambiental, el consumo de tabaco o alcohol, la obesidad o la falta de actividad física. Del mismo modo, hay que tener en cuenta la infertilidad social como causa frecuente de esterilidad, al producirse un retraso en la edad reproductiva por los factores sociales que nos rodean.

El impacto que produce en las mujeres la dificultad para concebir interfiere en su calidad de

vida, en su autoconcepto y autoimagen, viéndose incrementado los niveles de estrés y ansiedad y la predisposición a estados depresivos (Masse Garcia, Maria del Carmen; 2018) [4].

Otro de los efectos negativos que se observan con gran frecuencia son los relacionados con problemas en la esfera sexual, situándose esta problemática en torno a un 40%. La función sexual femenina es compleja y multidimensional, ya que es el resultado de la interacción de múltiples factores físicos, psicológicos, relacionales y socioculturales. En la función sexual se incluye el deseo, el orgasmo y la excitación sexual, mientras que, por otro lado, nos encontramos con el concepto de satisfacción sexual como la percepción emocional, siendo ambas esenciales en las relaciones humanas e interfiriendo en la calidad de vida (Fachin, Federic; 2019) [5].

Aunque la infertilidad y la disfunción sexual son dos problemas que pueden aparecer de forma aislada, con frecuencia suelen estar relacionados, debido a que para muchas mujeres poder ser madre es prioritario, y por lo tanto la dificultad para lograrlo puede llegar a provocar disfunciones sexuales (Santer, Ana Carolina; 2023) [6].

Algunas investigaciones sobre la población sometida a técnicas de reproducción asistida, ya muestran en qué medida se ve afectada la esfera sexual de estas personas (Fachin, Federica; 2019) [5], es necesario investigar sobre estas y otras variables haciendo hincapié en la perspectiva de género, debido a las peculiaridades en la salud sexual de las mujeres y concretamente las sometidas a tratamientos de reproducción.

Por otro lado, también nos encontramos con las alteraciones relacionadas con la carga emocional que van parejas a este tipo de tratamientos. Las alteraciones emocionales son muy frecuentes durante el proceso, las pacientes

tienen grandes expectativas, pero el fracaso es frecuente en cualquier ciclo. Lo que las lleva a sentirse frustradas, enfadadas, aisladas y resentidas. Esta frustración puede desencadenar una depresión y sentimientos de baja autoestima, sobretodo en el período inmediatamente posterior a un intento fallido (Rooney, Kristin L & Domar, Alice D; 2018) [7].

La incertidumbre sobre los resultados del tratamiento actúa como un factor condicionante que puede agravar los problemas de salud física y emocional de la pareja; otros factores agravantes pueden ser la repercusión económica ligada al tratamiento, las frecuentes consultas médicas, y la multitud de pruebas y procedimientos invasivos que llevan consigo estas técnicas (Rene, Caroline y col.; 2022) [8].

La presencia de factores estresantes debidos a la infertilidad es mayor en la mujer, con una mayor afectación en la autoestima, ansiedad, estrés o depresión. Del mismo modo se observan consecuencias negativas en su salud sexual y calidad de vida. Debido a la compleja naturaleza de las asociaciones entre la infertilidad y la sexualidad, parece esencial tener en cuenta los factores estresantes emocionales y físicos específicos de la infertilidad, así como los trastornos cognitivos y conductuales que subyacen a la función y la satisfacción sexual en las mujeres con el fin de mejorar el tratamiento de la infertilidad y la calidad de vida de estas pacientes (Sarah R Holley y col.; 2015) [9].

## 2. Justificación de la relevancia

Debido al aumento de mujeres con problemas relacionados con la fertilidad, y las alteraciones relacionadas con la misma, se hace necesario mejorar la calidad de vida, la salud emocional y sexual de estos pacientes. En el estudio de Laura Izquierdo Murillo y Andrea Pérez Rodríguez se indica como un buen indicador de la calidad de vida es la satisfacción sexual, considerada una dimensión fundamental del ser humano, y que puede apreciarse como una de las secuelas de los tratamientos, que, junto a las secuelas físicas, psicológicas y socioculturales, deterioran la calidad de vida de las pacientes [10].

Por otro lado, existe escasez de información sobre las necesidades psicosociales y sexuales de las mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida.

Por ello es necesario identificar a las mujeres que necesitan un plan de cuidados específico de seguimiento usando una herramienta de evaluación para detectar las necesidades psicosociales y sexuales, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto multifactorial que es difícil definir, ya que ha tenido numerosas percepciones a lo largo de la historia. Podría definirse como un conjunto de lo físico, psicológico y social. Estas dimensiones están influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de cada individuo. Es la sensación de bienestar que puede experimentar un individuo y que es la suma de sus sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien”. Dicho esto, dos personas con el mismo estado de salud pueden percibir distintas calidades de vida. Fue descrito en 1966 por la OMS en Ginebra como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones”.

La calidad de vida engloba una mirada holística, lo que es preponderante para la profesión de Enfermería. Rizzo Parse menciona que la calidad de vida es sinónimo del concepto de salud y el objetivo de Enfermería. La calidad del cuidado podría estar relacionada directamente con la percepción de calidad de vida, por tanto, es imperativo para los profesionales de enfermería garantizar estas condiciones a las personas, generando estrategias de afrontamiento y apoyo [11].

La sexualidad se tiene que entender como un aspecto que evoluciona a lo largo de la historia y que también es muy subjetiva, ya que depende de la historia de cada individuo, viéndose influenciado según sus creencias, valores y cultura.

El término de disfunción sexual abarca a cualquier problema que se produzca en alguna de las etapas de placer del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución) que impida

que uno o los dos miembros de la pareja disfruten en plenitud del mismo. Pueden producirse por causas físicas, psicológicas o de ambos tipos. La etiología de la disfunción sexual también es multifactorial y los factores biológicos pueden afectar de diversas maneras. Las condiciones ginecológicas, entre las que se encuentra la endometriosis, se clasifica en causar disfunción por el dolor que provoca la penetración [12].

Para poder garantizar una vida sexual satisfactoria, el profesional de enfermería deberá guiar a la mujer y orientarla a un estilo de vida saludable, así como evitar tóxicos, practicar actividad física regular, seguir una dieta equilibrada y realizar estrategias de manejo de estrés. La actividad física se ha demostrado que produce un efecto beneficioso sobre la autoestima y salud mental de las mujeres, con un impacto positivo en los problemas psicológicos asociados a la disfunción sexual [13].

Federica Fachini y colaboradores evaluaron la calidad de vida y el funcionamiento y satisfacción sexual entre las mujeres sometidas a tratamientos de fertilidad [5].

En línea con los estudios de María del Carmen Masse Garcia que destaca como en las mujeres la dificultad para concebir interfiere en su calidad de vida, en su autoconcepto y autoimagen, y pueden tener mayor riesgo de sufrir disfunción sexual [4].

En el estudio de Sarah R Holley, concluye la necesidad de potenciar intervenciones de los profesionales de la salud para abordar la sexualidad la calidad de vida de estas pacientes [9].

En los estudios de Ana Carolina Santer, se revelan la necesidad de atención de los problemas sexuales de las mujeres con problemas reproductivos [6].

Esto sustenta la premisa de que, el incremento del número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida aumenta el interés y los estudios sobre el impacto del diagnóstico y de los tratamientos en diferentes aspectos de la vida de las pacientes, así como sobre las necesidades que surgen como consecuencia de la experiencia vivida. No debemos olvidar que los problemas de fertilidad afectan a los diferentes ámbitos de la vida de una persona, como la esfera sexual, el bienestar psico-

lógico, el social y el laboral y a las relaciones interpersonales, entre otros. Es por todo ello, que queda justificada la relevancia y vulnerabilidad del problema que se aborda.

Finalmente, el objetivo del presente estudio ha sido analizar el impacto de las técnicas de reproducción humana asistida en la salud sexual y emocional de las mujeres sometidas a dichas técnicas en las mujeres que acuden a la consulta de Reproducción Humana del Hospital Universitario La Paz de Madrid y describir las diversas variables que pudieran influir en ello.

### 3. Pregunta de investigación

- P:** Mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida, como la fecundación in vitro (FIV) y la inseminación artificial (IA).
- I:** Evaluación del impacto emocional, la salud sexual y la calidad de vida.
- C:** (No se aplica en este caso).
- O:** Niveles de ansiedad y depresión, cambios en la salud sexual, y calidad de vida general.

**Pregunta formulada:** En mujeres que se someten a técnicas de reproducción humana asistida, como la fecundación in vitro y la inseminación artificial, ¿cuál es el impacto de estos tratamientos en los niveles de ansiedad y depresión, la salud sexual y la calidad de vida?

### 4. Objetivos

Después de considerar la revisión bibliográfica realizada, tras la cual se ha considerado el estado actual del tema en cuestión, se plantea el objetivo principal de estudio, así como los objetivos secundarios.

**Objetivo principal:** Estudiar el impacto de las técnicas de reproducción asistida y de los factores relacionados sobre la salud mental de las mujeres.

Se pretende conocer con este estudio los factores de riesgo y protectores, que moderan o contribuyen a regular el estado mental de las mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida.

**Objetivos secundarios:**

- Analizar las variables sociodemográficas y situacionales que pudieran influir en el estado emocional, calidad de vida y función sexual de las mujeres estudiadas.
- Analizar la calidad de vida de las mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida.
- Analizar la salud sexual de las mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida.
- Describir los niveles de estrés y ansiedad de las mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida.
- Analizar el estado emocional de las mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida.
- Analizar la calidad percibida en relación a la información que recibieron las pacientes y su influencia con las variables de resultado.

**5. Hipótesis**

Los problemas reproductivos afectan de manera negativa en la salud sexual, emocional y en la calidad de vida en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida.

**6. Material y método****6.1. Diseño del estudio**

Estudio descriptivo observacional transversal, entre los días 10 de enero y 30 de abril de 2024, fue llevado a cabo en la Unidad de Reproducción Humana Asistida del Hospital Universitario La Paz (Madrid), a través de un muestreo por conveniencia sobre mujeres que se encontraban en seguimiento por dicha unidad.

**6.2. Participantes**

La muestra estuvo constituida por un total de 271 mujeres. Los criterios de inclusión fueron las mujeres que estaban en tratamiento en esta

Unidad de Reproducción Humana Asistida durante el periodo de estudio, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y que dominaban la lengua castellana.

**6.3. Instrumentos de evaluación**

Para la recogida de datos se diseñó una encuesta que fue previamente validada. Las variables incluidas son las relacionadas con datos sociodemográficos, con la información recibida acerca del tratamiento y la información recibida por parte de la enfermera, así como de aspectos relacionados con el tratamiento de fertilidad de las mujeres encuestadas durante su tratamiento en la unidad. Para evaluar el impacto en la sexualidad femenina se usó el cuestionario de Sexualidad Femenina Sexual Function Index (FSFI) [14] y para evaluar la salud emocional, se utilizó el cuestionario STAI Rasgo y Estado [15], que mide el estrés y ansiedad en situación basal y en un momento puntual. Para evaluar el impacto en la calidad de vida se utilizó el cuestionario Ferti-QoL [16]. Esta encuesta validada fue entregada de forma presencial y fueron contestadas en el mismo momento de forma autoadministrada. El estudio fue aprobado por el CEIM del Hospital La Paz Código HULP PI-5408.

Para la recogida de las variables se creó una base de datos con el programa Microsoft Excel. Posteriormente, los datos fueron importados a una matriz con formato propio del programa SPSS (versión 23) para el análisis estadístico.

**6.4. Análisis estadístico**

El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS versión 23 para software de Windows (SPSS Inc Chicago IL, EE.UU.). La distribución de variables se verificó mediante histogramas y la prueba de Kolmogorov Smirnov. Las variables cuantitativas fueron expresadas por medias, medianas, desviación estándar y rangos. Las variables cualitativas o categóricas se muestran como números absolutos y porcentajes. En casos de distribución normal los resultados se muestran como media y como desviación estándar. En caso con-

trario como mediana y rango intercuartílico. La comparación entre grupos se realizó mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher para las variables cualitativas y mediante el test de ANOVA o Kruskal Wallis en comparación de más de dos grupos en función de la distribución normal o no respectivamente empleando el test 10 DMS como test post hoc. Para la comparación de dos grupos se utilizó el test de la t de Student en caso de distribución normal y el de la U de Mann Whitney en caso contrario. La correlación entre variables numéricas se analizó mediante el coeficiente de correlación lineal de Pearson o de Spearman en función también de la distribución normal o no las variables. El nivel de significatividad previamente establecido fue del 95% ( $p < 0,05$ ).

## 7. Resultados

La edad media en la muestra es de 35,13 años, con una desviación estándar de 4,6 años. La mayoría de las mujeres encuestadas eran originarias de España ( $n = 271$ , 80,1%). De otros países, 37 eran de América (13,7%), 14 de otros países europeos (5,2%) y los otras tres de otros continentes. En la población a estudio, respecto al nivel educativo, la mayoría de las mujeres tenían, al menos, un título universitario ( $n = 174$ ; 74,2%). El 19,2% tenía estudios postgrados y el 45% estudios universitarios.

En cuanto a la valoración de la adecuación de la información recibida por los profesionales que atienden a este perfil de pacientes, medida en una escala Likert, una proporción sustancial de mujeres se declaró nada ( $n = 66$ ; 24,4%) o poco informada ( $n = 40$ ; 14,8%)

Como aspecto positivo, cabe señalar que la mayoría declaró que nunca ( $n = 200$ , 55,2%) o casi nunca ( $n = 64$ , 17,7%) habían tenido información contradictoria por parte de los profesionales sanitarios que las atendieron.

Por otro lado, casi la mitad de las encuestadas declaran que con la educación terapéutica recibida por parte de la enfermera, habían resuelto sus dudas en relación al tratamiento y los cuidados con una frecuencia de ocasiones alta ( $n = 63$ , 23,2%) o muy alta ( $n = 66$ , 24,4%).

Al analizar los datos obtenidos en cuanto al problema de reproducción, cabe destacar que el 19,6% de las encuestadas ( $n=53$ ) tenía un diagnóstico previo de endometriosis. Como promedio, las mujeres al ser preguntadas sobre el tiempo cuanto tiempo llevaban buscando embarazo antes de someterse a tratamiento  $2,13 \pm 0,6$  años. El 62,3% de las encuestadas llevaban entre uno y 3 años buscando gestación antes de acudir a la unidad de reproducción humana asistida.

Se preguntó a las encuestadas si con anterioridad habían estado sometidas a tratamientos reproductivos. Un 65,7% había tenido tratamientos previos ( $n=178$ ), y un 34,3% era la primera vez que se sometía a algún tipo de tratamiento reproductivo ( $n= 93$ ).

En relación al tipo de técnica reproductiva que estaban llevando a cabo para intentar embarazo casi 7 de cada 10 estaban en tratamiento de fecundación in vitro 67,2%, ( $n=182$ ), y el 32,8% ( $n=89$ ) en inseminación artificial tanto de pareja como de donante.

Al preguntar a las mujeres si el tratamiento era sin pareja o con pareja, femenina o masculina se obtuvieron los siguientes resultados: el 88,6% ( $n=240$ ) de las encuestadas el tratamiento era con pareja masculina frente al 7,4% que era sin pareja ( $n=20$ ) y un 4,1% con pareja femenina ( $n=11$ ).

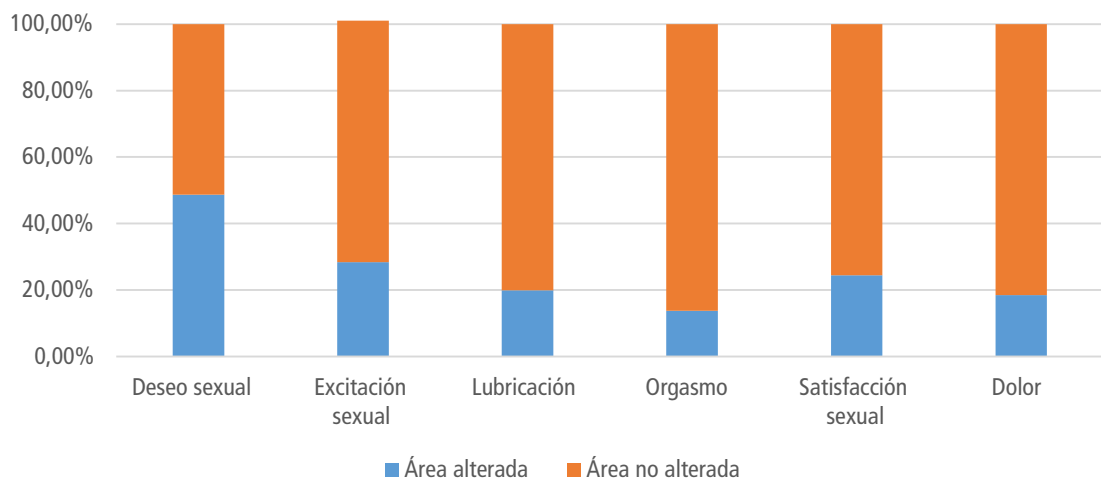
Para valoración de la esfera de la sexualidad femenina se analizan 6 áreas o dominios diferentes obteniendo los siguientes resultados (tabla 1, imagen 1):

En la valoración del área de deseo, entendido este como la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo, el 48,7% ( $n=132$ ) muestra puntuaciones indicativas de un trastorno del deseo sexual mientras el 51,3% ( $n=139$ ) presenta puntuaciones indicativas de buena salud en esta área.

En la valoración de la excitación, incluyendo tanto aspectos físicos como mentales de la sexualidad. El 28,4% ( $n= 77$ ) mostraba alteraciones en esta esfera que deben de mejorar, sin embargo, el 71,6% ( $n=194$ ) referirían no tener dificultad en esta área. En el análisis de la lubri-

**TABLA 1.** Cuestionario sexualidad.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Suma deseo	0,3	35,0	3,1	2,3	5,1
Suma excitación	0,3	24,1	3,7	1,8	3,3
Suma lubricación	0,9	46,0	4,2	3,1	9,4
Suma orgasmo	1,2	26,4	4,2	2,0	4,0
Suma satisfacción global	1,2	15,0	4,0	1,6	2,7
Suma dolor	0,9	16,0	4,1	1,5	2,3
<b>Total FSFI</b>	<b>12,1</b>	<b>73,0</b>	<b>23,3</b>	<b>6,1</b>	<b>37,4</b>

**IMAGEN 1.** Puntuación test FSFI.

cación el 19,9% (n= 54) tenía problemas, frente a las que sí tenían una lubricación adecuada (n=217; 80,1%).

Un 13,7% (n=28) de las encuestadas mostraban problemas de anorgasmia en sus relaciones frente al 86,3% que refería no presentar ese problema. El 24,4% (n=66) mostraba baja satisfacción en sus relaciones y un 18,5% (n=50) referían sentir dolor con las relaciones.

Al evaluar el cuestionario de forma global, teniendo en cuenta que el punto de corte para definir alteración en relación con la sexualidad es 26,55, el 74,9% (n=203) mostraban alteraciones en alguna de las esferas que debía ser objeto de intervención.

Para valorar el nivel basal de estrés/ ansiedad en estas pacientes, se utilizó la escala STAI Rasgo, la puntuación media fue de (16,2 ± 7,9),

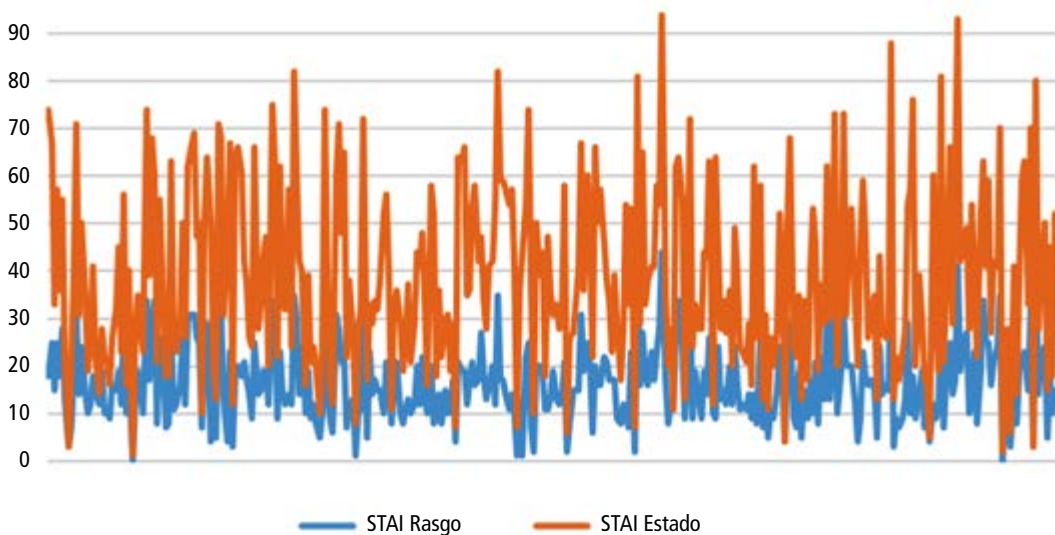
lo que aumentó hasta (22,4 ± 12,6) en la medición, al valorar el estrés/ansiedad en el momento actual con la escala STAI Estado (tabla 2, imagen 2).

Para evaluar la calidad de vida en las mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida se hizo a través del cuestionario FertiQoL, midiendo este la calidad de vida de 0 a 100, siendo una medición directa, a más puntuación mejor calidad de vida (tabla 3). Este se divide a su vez en dos grandes apartados: FertiQoL Core y FertiQoL- Tratamiento.

En relación a la evaluación de la calidad de vida a través del fertiQoL Core que mide nivel de bienestar personal en 4 dimensiones o subescalas, la que se ve más afectada en las mujeres sometidas a técnicas de reproducción humana asistida es la subescala social con una media de

**TABLA 2.** Cribado estrés/ansiedad.

		STAI. Rasgo	STAI. Estado
<b>Media</b>		16,21	22,41
<b>Mediana</b>		15,00	20,00
<b>Moda</b>		12	15
<b>Suma</b>		4394	6072
<b>Percentiles</b>	25	10,00	13,00
	50	15,00	20,00
	75	21,00	31,00
<b>Desviación estándar</b>		7,978	12,598

**IMAGEN 2.** Puntuación del cuestionario STAI estado/rasgo.**TABLA 3.** FertiQoL Internacional.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
<b>Subescala emocional</b>	12,0	100,0	66,4	26,4	696,9
<b>Subescala mente cuerpo</b>	12	99	63,2	21,7	468,7
<b>Subescala relacional</b>	16	99	61,5	25,5	651,5
<b>subescala social</b>	16	67	37,5	8,6	74,8
<b>Total FertiQoL CORE</b>	27,0	131,0	57,7	14,2	202,8
<b>Subescala entorno del tratamiento</b>	4	99	54,1	23,1	533,9
<b>Subescala tolerabilidad del tratamiento</b>	16	99	58,8	24,0	577,5
<b>Total FertiQoL- Tratamiento</b>	15,0	196,0	58,9	27,4	752,3

**TABLA 4.** FertiQoL International: subescala CORE.

		Subescala emocional	Subescala mente cuerpo	Subescala relacional	Subescala social	Total FertiQoL CORE
<b>Media</b>		66,4	63,2	61,5	37,5	57,7
<b>Mediana</b>		76,0	69,0	60,0	38,0	59,3
<b>Moda</b>		89,0	89	49	36	57,6
<b>Suma</b>		17991,5	17133	16658	10169	15630,6
<b>Percentiles</b>	25	48,0	46,0	34,0	34,0	48,3
	50	76,0	69,0	38,0	38,0	59,3
	75	88,0	82,0	42,0	42,0	67,8

**TABLA 5.** FertiQoL International: subescala tratamiento.

		Subescala entorno del tratamiento	Subescala tolerabilidad del tratamiento	Total FertiQoL Tratamiento
<b>Media</b>		54,1	58,8	58,9
<b>Mediana</b>		48,0	50,0	50,0
<b>Moda</b>		36	49	48,6
<b>Suma</b>		14672	15936	15879
<b>Percentiles</b>	25	37,0	41,0	40,2
	50	48,0	50,0	50,4
	75	77,0	82,0	79,5

37,5 puntos (DE 8,86). Mostrando 20,2 puntos menos que la media del FertiQoL Core (tabla 4).

En el resto de esferas evaluadas, el valor medio de su calidad de vida se situaba en 66,4 (DE 26,4) para la esfera emocional, en la esfera cuerpo- mente de 63,2 puntos (DE 21,7) y en la subescala 61,5 (DE 25,5).

Las subescala relacionadas con el tratamiento muestran valores similares siendo la media de puntuación de calidad de vida de 58,9 puntos sobre 100 (Tabla 5).

Para un mejor análisis de los datos estos se analizan de forma agrupada por cuartiles. Los resultados obtenidos se dividen en las siguientes subescalas (imagen 3):

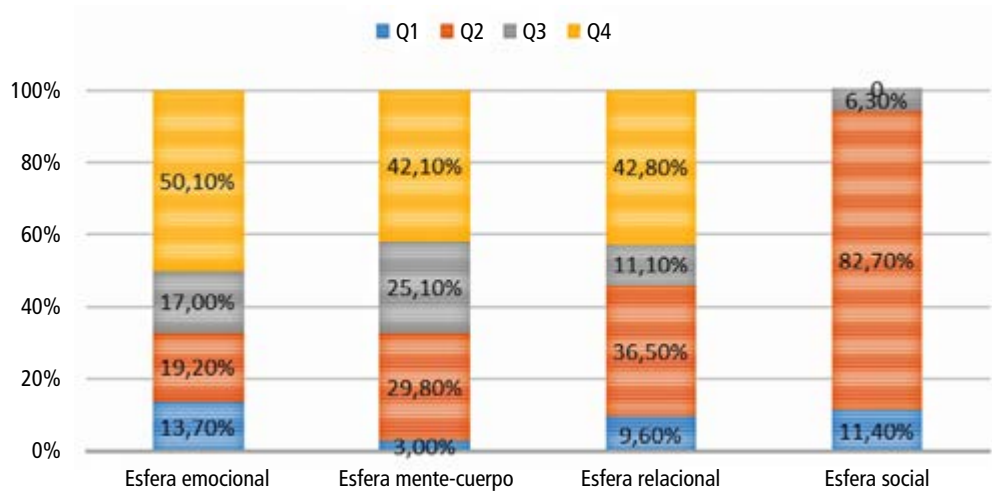
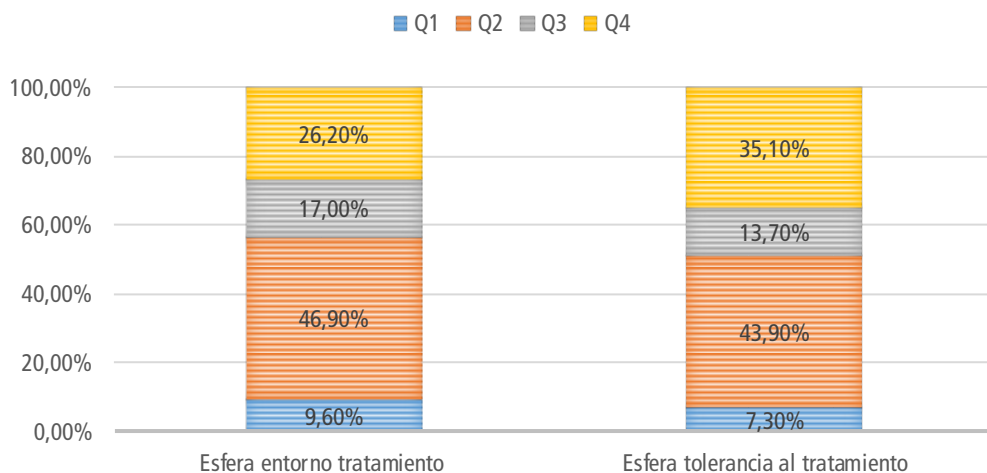
En la **subescala emocional**, el 13,7% (n=37) se encontraban por debajo del Percentil 25, el 19,2% (n=52) en el segundo cuartil, y el 17% (n=46) por debajo del percentil 75 y solo 136 de

las encuestadas (50,1%) se situaban en el tercer cuartil.

Al evaluar la calidad de vida relacionada con la **subescala mente-cuerpo**, 8 de las encuestadas se situaban en el cuartil más bajo (3%), el 29,8% (n=81) estaba por debajo del percentil 50, el 25,1% (n=68) estaba en el tercer cuartil y solamente 114 encuestadas referían tener alta calidad de vida relacionada con el cuerpo- mente (42,1%).

En la **subescala relacional**, 26 de las encuestadas (9,6%) mostraban niveles extremadamente bajos de calidad de vida asociada a esta subescala, el 36,5% (n=99) estaban en el segundo cuartil, 30 mujeres se encontraban por debajo del percentil 75 y el 42,8% (116) mostraban altos niveles en esta subescala.

En la subescala social, 31 encuestadas se situaban por debajo del percentil 25, 224 en el se-

**IMAGEN 3.** Cuestionario FertiQoL Internacional subescala CORE.**IMAGEN 4.** Cuestionario FertiQoL Internacional subescala tratamiento.

gundo cuartil, y los 16 restantes por debajo del percentil 75, por lo que es el ámbito más afectado en relación a la calidad de vida.

Al evaluar el entorno del tratamiento (imagen 4), 26 referían tener calidad de vida baja asociada con el primer cuartil, el 46,9% (128) se situaba por debajo del percentil 50, 46 de ellas estaban en el tercer cuartil, y 71 por encima del percentil 75.

Al ser preguntadas sobre la tolerancia al tratamiento, 20 de ellas referían tolerar extremadamente mal el tratamiento situándose por debajo del percentil 25, 119 de ellas estaban en el segundo cuartil, 37 en el tercer cuartil y solo 95 se situaban por encima del percentil 75.

Al analizar de forma global la calidad de vida de las pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida, 81 de ellas estaban por debajo del percentil 50, 161 en el tercer cuartil y 29 por encima del percentil 75.

Al correlacionar la salud mental con el resto de variables se observó que el tipo de técnica tenía correlación significativa con los niveles de ansiedad, siendo mayor en los tratamientos de fecundación in vitro ( $24,5 \pm 12,7$ ) frente a las inseminaciones artificiales ( $21,4 \pm 12,9$ ) ( $p=0,02$ ).

El número de intentos previos tiene un efecto negativo en la salud mental, mostrando niveles más elevados de estrés y ansiedad en aquellas que encadenaban ciclos fallidos ( $23,9 \pm 12,7$ )

que en aquellas que no habían tenido intentos previos ( $21,4 \pm 12,3$ ) ( $p=0,04$ ).

Las mujeres con endometriosis diagnosticada mostraban niveles más altos ( $24,5 \pm 12,2$ ) que aquellas que no sufrían esta enfermedad ( $21,9 \pm 12,6$ ) ( $p=0,03$ ).

Por otro lado, las alteraciones en la esfera sexual muestran una correlación positiva con la edad de las pacientes ( $p < -0,05$ ).

El lugar de nacimiento, también muestra una asociación estadísticamente significativa con la salud sexual ( $p=0,04$ ), de tal manera que, la proporción de mujeres con puntuaciones más bajas en el cuestionario FSFI, siendo esto indicativo de disfunción sexual, fue mayor en mujeres de África y de Oceanía.

Los trastornos relacionados con la esfera sexual son mayores en mujeres que llevan más tiempo sometidas a técnicas de reproducción humana asistida ( $p= -0,02$ ).

Disminuye la salud sexual al aumentar el nivel de intentos previos, siendo esta correlación por lo tanto negativa ( $-0,003$ ).

El análisis de correlación de la calidad de vida con el resto de variables a estudio, se identifica que la adecuación de la información transmitida se correlaciona de forma positiva con la calidad de vida, específicamente para FertiQol CORE ( $p=0,02$ ) y FertiQol TTO ( $p=0,03$ ). Del mismo modo la información contradictoria sobre el proceso se correlaciona con esta variable de resultado de forma estadísticamente significativa tanto en FertiQol CORE ( $p=0,05$ ) como tratamiento ( $0,02$ ). Las mujeres a estudio, las cuales referían haber sido resultas sus dudas con mayor frecuencia mostraban puntuaciones mayores en su calidad de vida, siendo estas significativas estadísticamente en el apartado relacional ( $p=0,02$ ), no así en lo relativo al tratamiento ( $p=0,84$ ).

Las mujeres con diagnóstico de endometriosis se correlacionaron significativamente de manera positiva con la variable calidad de vida relacional ( $p=0,003$ ), no hay diferencias significativas en los niveles de calidad de vida relacionada con el tratamiento ( $p=0,873$ ).

Al analizar la variable intentos previos con la calidad de vida, muestra una asociación fuerte, siendo sus resultados de correlación significati-

vamente estadística en la calidad de vida tanto a nivel relacional ( $p=0,041$ ), como en el tratamiento ( $p=0,035$ ).

## 8. Discusión

Tanto la salud mental como la salud sexual son aspectos cruciales de la vida de las mujeres que buscan embarazo mediante técnicas de reproducción asistida.

Ante una enfermedad, y sobre todo cuando hay tantos factores implicados como en los problemas reproductivos, es fundamental la información a los pacientes. Los profesionales sanitarios deben estar correctamente informados y actualizados para poder transmitir de manera rigurosa esta información a sus pacientes. Teniendo en cuenta estudios previos, podemos concluir que, de manera general, los profesionales sanitarios ofrecen información más clara en relación a aspectos generales del problema en cuestión, pero en cambio, la información que se da sobre aspectos específicos es más escasa, ya que la evidencia es más limitada (Hernández, Judith 2023) [17].

Si bien es cierto que, en este estudio, una parte sustancial de las mujeres refería estar poco o nada informada, la mayoría decía no haber recibido información contradictoria e incluso cerca de la mitad de las pacientes refiere haber resuelto sus dudas con la educación terapéutica enfermera.

La satisfacción sexual de las mujeres se puede ver afectada por la salud mental o la calidad de las relaciones, puesto que existe una estrecha relación entre el bienestar psicológico y sexual en las mujeres infértiles, los resultados obtenidos en nuestro estudio van en línea con otros publicados hasta la fecha. En mujeres que presentaban alteraciones en la esfera sexual se identificó que existía una prevalencia alta de estrés/ansiedad, llegando hasta el 54% en algunos estudios, siendo por lo tanto, estos síntomas un factor de predicción de problemas en la función sexual. Estos problemas, tanto emocionales como sexuales a su vez interfieren en una percepción disminuida de la calidad de vida (Luca, Gloria; 2021) [18].

Esta disminución en la satisfacción sexual que se expresa por la mayoría de las mujeres se debe a que, en muchas ocasiones, durante este proceso las relaciones sexuales se ven como el medio para conseguir un objetivo, en este caso, la gestación y no como el fin en sí mismo (Sama-dae-Geleholae, K; 2015) [19]. Incluso al ser comparado con un metaanálisis llevado a cabo por (Andrea del Pilar Muñoz y colaboradores en 2016) [20], se observa como los problemas en la esfera sexual son mayores en mujeres con problemas reproductivos que en la población femenina general.

En el estudio de Ugur Keskin en 2011 analiza como el nivel de educación, la edad, y la duración de la infertilidad de las mujeres, así como los antecedentes previos de tratamiento de la infertilidad se asocian a problemas en la esfera sexual [21]. Entre estos problemas destacan la menor excitación y lubricación, de la disminución del interés y el deseo sexual, y dificultades para alcanzar el orgasmo; Por lo tanto, va en línea con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En la revisión sistemática llevada a cabo por Ana Carolina Sater y colaboradores en 2022 se exponía una prevalencia de depresión del 29,2% entre las mujeres infértiles con disfunción sexual [22]. En la mayoría de los estudios analizados se llegó a la misma conclusión, que los problemas reproductivos están relacionados con mayores tasas de disfunciones sexuales. En esta misma revisión los estudios también concluyeron que los estados de ansiedad y depresión se daban con mayor frecuencia en pacientes infértiles.

Con el aumento de la edad se mostraron peores puntuaciones en el test de salud sexual de las mujeres, traduciéndose en un deterioro de la misma. Estos datos coinciden con los publicados anteriormente por Juan Enrique Brümel en 2016 que mostraron, que las prevalencias de estos trastornos aumentaban desde 22,2% a los 40 años a 66,6% en las mujeres de 60 años [23]. En otro estudio posterior, estos autores en un análisis de regresión logística confirmaron que la edad era predictora de mayor riesgo de disfunción sexual en mujeres, casi cuadruplicándose el riesgo en mujeres mayores de 44 años.

Por otro lado, en el presente estudio muestra como los intentos fallidos de gestación y el

tiempo sometidas a técnicas de reproducción humana pueden ser factores predictores de disfunciones sexuales en las mujeres con problemas reproductivos.

En relación a la calidad de vida, la subescala social es la más afectada en el estudio, con una media de 37,5 puntos, mientras que la calidad de vida relacionada con el tratamiento tiene una media de 58,9 puntos, lo que sugiere que las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida pueden experimentar dificultades en sus relaciones sociales y una disminución en la participación en actividades sociales. Estos datos van en línea con el estudio publicado en Medicina Reproductiva que encontró que los tratamientos de reproducción asistida afectan significativamente la calidad de vida de las mujeres, especialmente en el ámbito social [24].

Las mujeres bien informadas presentan mejores puntuaciones en calidad de vida, lo que sugiere que la información adecuada puede mejorar significativamente la experiencia del tratamiento.

Las variables sociodemográficas y clínicas, como la edad, el lugar de nacimiento, el nivel educativo, la adecuación de la información, el diagnóstico de endometriosis, el tiempo buscando embarazo y los intentos previos, tienen un impacto significativo en la ansiedad y la calidad de vida de las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida. Es crucial que los profesionales de salud adopten un enfoque integral que aborde tanto los aspectos físicos como emocionales de estos tratamientos. Proporcionar apoyo psicológico, educación adecuada y estrategias de manejo del estrés puede mejorar significativamente la calidad de vida y el bienestar emocional de las mujeres.

## 9. Conclusión

El estudio ha demostrado que las técnicas de reproducción asistida tienen un impacto significativo en la salud mental, la calidad de vida y la función sexual de las mujeres. La identificación de factores de riesgo y protectores permite desarrollar estrategias de intervención que pueden mejorar el bienestar emocional y la calidad

de vida de las pacientes. Es crucial que los profesionales de salud adopten un enfoque integral que aborde tanto los aspectos físicos como emocionales de estos tratamientos. Proporcionar apoyo psicológico, educación adecuada y estrategias de manejo del estrés puede mejorar significativamente la experiencia emocional de las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida.

## 10. Cuestiones éticas

El estudio obtuvo el informe favorable del comité de ética de investigación del centro: HULP

PI-5408. En lo concerniente a la confidencialidad de los datos, se garantizó la privacidad y la confidencialidad de los mismos de acuerdo con lo descrito en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, aplicable en España desde el 25 de mayo de 2018, así como la Ley 41/202 de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente, de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Limiñana-Gras RM (2017) Reproductive Psychology and Infertility. *Acta Psychopathol* Vol.3 No. S2:83
2. Petraglia, F., Chapron, C. and Pegoraro, R. (2013), Management of infertility today. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 123: S1-S1. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.09.003>. [Acceso: 21/12/2024].
3. Garcia-Quintans, Lorena (2017). Analisis de estilos de personalidad, género y salud en parejas que presentan problemas de fertilidad [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46807/1/T39668.pdf>. [Acceso: 2/02/2025].
4. Masse Garcia, Maria del Carmen (2018). Infertilidad y procreación. Una propuesta ética para un mundo tecnológico [libro de investigación] Universidad Pontificia Comillas. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11531/9387>. [Acceso: 2/02/2025].
5. Facchin, Federica; Somigliana, Edgardo; Busnelli, Andrea; Catavorello, Anita; Barbara, Giusy y Vercellini, Paolo (2019). Infertility-related distress and female sexual function during assisted reproduction. *Human Reproduction*, 34(6), 1065-1073.
6. Sater AC, Nisihara R, Miyague DMT, Schuffner A, Miyague AH. (2023). Evaluation of Sexual Dysfunction in Brazilian Women with Infertility Undergoing Assisted Reproduction Treatment. *Arch Obstet Gynecol*. 4(1):12-17.
7. Rooney, Kristin y Domar, Alice (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 41-47.
8. René C, Landry I, de Montigny F. (2022). Couples' experiences of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies: A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies Advances* Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100059>. [Acceso: 7/01/2025].
9. Holley, Sarah; Pasch, Lauri; Bleil, Maria; Gregorich, Steven; Katz, Patricia y Adler, Nancy (2015). Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertility and sterility*, 103(5), 1332-1339.
10. Izquierdo Murillo, L; Pérez Rodríguez, A. Relación entre el nivel de autoestima, autoconcepto y satisfacción sexual en población adulta: Relationship between the level of self-esteem, self-concept and sexual satisfaction in adult population. (2025). *Revista de psicología de la salud*, 13(1), 1-13. <https://doi.org/10.21134/pssa.v13i1.1>
11. Vilchez-Barboza V, Vivian, Paravic-Klijn T, Tatiana, & Salazar Molina, Alide. (2013). La escuela de pensamiento humanbecoming: una alternativa para la práctica de la enfermería. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 23-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200003>

12. Espitia-De la Hoz, Franklin J. (2024). Disfunciones sexuales en las mujeres con endometriosis. Estudio de prevalencia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 89(3), 139-145. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.23000063>.
13. López-Rodríguez, M.M.; Aguilera-Vásquez, R.P.; Fernández-Sola, C.; Hernández-Padilla J.M.; Jiménez-Lasserrotte M.M. y Granero-Molina J. (2020) Sexual Desire and Excitement in Relation to Physical Activity in Young Adults. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* vol. 20 (77) pp. 133-153. DOI: 10.15366/rimcafd2020.77.009
14. Juan Enrique Blümel M, Lorena Binfa E, Paulina Cataldo A y col. (2004) Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev chil obstet ginecol*; 69-2- 118-125.
15. Guillén-Riquelme, Alejandro; Buela-Casal, Gualberto. (2014). Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Revista Española de Salud Pública*. Volumen 88 N° 1 Páginas 101-112. Disponible en: <https://scielosp.org/article/resp/2014.v88n1/101-112/#ModalArticles>. [Acceso: 2/02/2025].
16. Bueno-Sánchez, L., Alhambra-Borrás, T., Bonilla-Campos, A., & Durá-Ferrandis, E. (2024). Características psicométricas del módulo general del cuestionario FertiQoL en una muestra española de mujeres infértiles. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 40(3), 364-372. <https://doi.org/10.6018/analesps.613491>
17. Hernández J ; De la Calle, M ; López R ; Bartha S ; Armijo O ; Bartha JL. (2022). Influencia de la información recibida sobre la salud mental de las gestantes durante la pandemia de Covid-19. *Presencia: Salud mental, investigación y humanidades*, ISSN-e 1885-0219, N°:18.
18. Luca G, Parrettini S, Sansone A, and Calafiore R, Jannini EA. (2021) .The Inferto-Sex Syndrome (ISS): sexual dysfunction in fertility care setting and assisted reproduction. *J Endocrinol Invest* Disponible en: doi: 10.1007/s40618-021-01581-w. [Acceso: 2/01/2025].
19. Samadaee-Gelekholaee K, McCarthy BW, Khalilian A, Hamzehgardeshi Z, Peyvandi S, Elyasi F, Shahidi M. (2015). Factors Associated With Marital Satisfaction in Infertile Couple: A Comprehensive Literature Review. *Glob J Health Sci*. 2; 8(5):96-109. Disponible en: doi: 10.5539/gjhs.v8n5p96. PMID: 26652079; PMCID: PMC4877237. [Acceso: 4/01/2025].
20. Muñoz D, Andrea Del Pilar, & Camacho L, Paul Anthony. (2016). Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 168-180. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300002>. [Acceso: 2/02/2025].
21. Keskin U, Coksuer H, Gungor S, Ercan CM, Karasahin KE, Baser I. (2011). Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertil Steril*. 96(5):1213-7. Disponible en: doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.08.007. [Acceso: 3/02/2025].
22. Sater AC, Miyague AH, Schuffner A, Nisihara R, Teixeira DM. (2022). Impact of assisted reproduction treatment on sexual function of patients diagnosed with infertility. *Arch Gynecol Obstet*. 305(6):1595-1604. Disponible en: doi: 10.1007/s00404-021-06367-2. [Acceso: 9/02/2025].
23. Figueroa J, Rodrigo, Jara A, Daniela, Fuenzalida P, Andrea, del Prado A, Mónica, Flores, Daniel, & Blümel, Juan E. (2009). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Revista médica de Chile*, 137(3), 345-350. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000300004>. [Acceso: 2/02/2025].
24. Sibón-Sancho, G; Fuentes-Peñaranda, Y. (2016). Impacto del tratamiento de fertilidad en la calidad de vida relacionada con la salud en personas con disfunción reproductiva que reciben técnicas de reproducción Asistida. Vol. 3. Núm. 2. Páginas 65-74. DOI: 10.1016/j.medre.2016.04.002.