MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS DE SALUD 2016-2017

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Los efectos psicosociales de la infertilidad sobre la pareja. Revisión sistemática de la literatura.

The psychosocial effects of infertility on the partner. Systematic review of the literature.

Autora: Marta Álvarez González

Directora: María Paz Zulueta

INDICE

RESUMEN **4**

ABSTRACT **5**

1. INTRODUCCIÓN **6**

1.1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MUNDIAL: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y DIMINUCIÓN DE LAS TASAS DE NATALIDAD. 6

1.2. FACTORES QUE INCIDEN EN LA DISMINUCIÓN DE LA TASA DE NATALIDAD 9

1.3 INFERTILIDAD: DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA 11

1.4 TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA 12

1.5 ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE AFECTAN EL BIENESTAR DE LAS PAREJAS QUE SUFREN INFERTILIDAD 13

2. OBJETIVOS **16**

2.1 OBJETIVO GENERAL 16

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 16

3. METODOLOGÍA **17**

3.1 ESTRATÉGIA DE BÚSQUEDA 17

CRIBAJE 21

ELEGIBILIDAD 21

IDENTIFICACIÓN 21

INCLUIDOS 21

4. RESULTADOS **22**

5. DISCUSIÓN **53**

5.1 FACTORES DEMOGRÁFICOS *53*

5.2 TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA *54*

5.3 SALUD PSICOLÓGICA *55*

5.4 CALIDAD DE VIDA *56*

5.5 APOYO PSICOLÓGICO, SOCIOECONÓMICO Y FAMILIAR *57*

5.6 FUNCIÓN SEXUAL *58*

6. CONCLUSIONES **58**

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **61**

RESUMEN

La infertilidad, definida como la incapacidad para concebir después de un año de regular las relaciones sexuales sin el uso de cualquier método anticonceptivo, es un viejo y aún frecuente, problema. Las parejas raramente pretenden ocuparse de la infertilidad, ya que creen que serán capaces de tener hijos cada vez que ellos quieran. Culturalmente el acto de ser incapaz de concebir hijos se atribuye a las mujeres, que refuerza sus sentimientos de culpa cuando no se puede concebir y permite a los hombres eludir su propia responsabilidad en el fracaso de la pareja para concebir.

La maternidad y la paternidad son aspectos sociales apreciados en muchas culturas, y la planificación de la familia es una fase importante en la vida de la mayoría de las parejas. Tener o no tener un hijo no es un tema al azar; hay aspectos ideológicos, culturales y contextos sociales que participan directamente o indirectamente, en la presión de parejas para convertirse en padres. El impacto que la infertilidad genera emociones y problemas individuales o conyugales y también puede contribuir a instigar o empeorar los problemas maritales. El sexo puede convertirse en un deber disociado del placer; Además, la frecuencia sexual puede ser reducida.

Todos estos factores contribuyen directamente o indirectamente a aumentar el fracaso gestacional. Así, los equipos multidisciplinarios de consejo y atención para las parejas infértiles deben tener amplio conocimiento sobre las principales alteraciones que pueden ocurrir en relaciones emocionales, sexuales y maritales de la pareja, lo que permite al equipo proporcionar una atención de calidad y lograr mejores resultados. En este sentido, el objetivo del presente trabajo es identificar y analizar los efectos principales de la infertilidad en la vida emocional y sexual y en la relación conyugal de hombres y mujeres sometidos a tratamientos para la infertilidad en un servicio especializado.

Palabras clave: *infertilidad, experiencia de la infertilidad, infertilidad y relación, relación de la infertilidad y pareja, infertilidad y efectos psicosociales.*

ABSTRACT

Infertility, defined as the inability to conceive after a year of regulating sexual intercourse without the use of any contraceptive method, is an old and still frequent problem. Couples rarely intend to deal with infertility because they believe they will be able to have children whenever they want. Culturally the act of being unable to conceive children has been attributed to women, which reinforces their feelings of guilt when they cannot conceive and allows men to shirk their own responsibility in the failure of the couple to conceive.

Motherhood and paternity are social aspects appreciated in many cultures, and family planning is an important phase in the lives of most couples. Having or not having a child is not a random matter; There are ideological, cultural and social 0contexts that directly or indirectly participate in peer pressure to become parents. The impact that infertility generates individual or conjugal emotions and problems and can also contribute to instigate or worsen marital problems. Sex can become a dissociated duty of pleasure; In addition, the sexual frequency may be reduced.

All these factors contribute directly or indirectly to increase gestational failure. Thus, multidisciplinary teams of counseling and care for infertile couples should have extensive knowledge about the major alterations that can occur in a couple's emotional, sexual, and marital relationships, allowing the team to provide quality care and achieve better results. In this sense, the objective of the present work is to identify and analyze the main effects of infertility in the emotional and sexual life and in the conjugal relationship of men and women undergoing treatments for infertility in a specialized service.

Key words: *infertility, infertility experience, infertility and relationship, infertility and couple relationship, infertility and psychosocial effects.*

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MUNDIAL: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y DIMINUCIÓN DE LAS TASAS DE NATALIDAD.

Las tasas de infertilidad actuales inciden en los cambios demográficos que hoy en día sufren los países desarrollados, debemos tener en cuenta que hoy en día el mayor reto económico y social para la mayoría de los países desarrollados es la tendencia decreciente de la población en consonancia con el número creciente de envejecimiento de la población.

El envejecimiento de la población puede definirse como un cambio en la distribución por edades de una población hacia edades más avanzadas (1). El proceso de envejecimiento de la población, tanto en los países desarrollados como en muchos países en desarrollo, es el resultado de la llamada transición demográfica. La transición demográfica como concepto se desarrolló durante la primera mitad del siglo XX para explicar el proceso de transformación de las sociedades de alta natalidad y altas tasas de mortalidad, a bajas tasas de nacimientos y bajas tasas de mortalidad.

Según Mason y Lee S. (2), los países en desarrollo, al igual que otros países de todo el mundo, están en medio de una serie sistemática de cambios demográficos conocidos como la transición demográfica. Lee y Mason (2) explican que la actual "transición demográfica" comenzó en los años cincuenta. En la mayoría de las naciones en vías de desarrollo, la transición "demográfica" continúa, promoviendo así la disminución de la mortalidad, que surgió por primera vez cerca del cierre de la Segunda Guerra Mundial (3). La medicina y la salud pública han mejorado mucho. Esas enfermedades mortales, que solían matar a millones de personas, han sido controladas o completamente eliminadas debido a la introducción de antibióticos como la penicilina y los tratamientos contra la tuberculosis y la diarrea y el uso del DDT (4). Mientras tanto, el saneamiento y la nutrición se han mejorado. Los comportamientos más saludables han sido ampliamente aceptados. Estas mejoras dieron como resultado el aumento de la esperanza de vida en unos veinte años en algunas naciones y también en el crecimiento de la población. Esto se debe a que la

mortalidad no disminuyó al mismo grado en todas las edades. Las enfermedades infecciosas solían ser enfermedades mortales de los jóvenes; De ahí que la contención de estas enfermedades salvó a muchos jóvenes (5). Estos jóvenes bajaron el tamaño medio de la población. La disminución de las tasas de natalidad y la mortalidad impulsan la transición demográfica. Además de la disminución de las tasas de natalidad y la mortalidad, la transición demográfica contiene los cambios en la tasa de crecimiento de la población, el tamaño de la población y la distribución de la edad (6).

En la actualidad la población mundial sigue envejeciendo rápidamente a medida que las tasas de natalidad caen a niveles muy bajos en la mayoría de las regiones del mundo y las personas tienden a vivir más tiempo.

Cuando la población mundial alcanzó los 7 mil millones en 2012, 562 millones (o el 8 por ciento) tenían 65 años o más. En 2015, 3 años más tarde, la población de más edad aumentó en 55 millones y la proporción de la población mayor alcanzó el 8,5 por ciento de la población total. Con la generación de *baby boomers* después de la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos y Europa se situaron en las primeras posiciones. En el caso particular de EE.UU según Ortman, Velkoff, y Hogan (7) la población mayor de 65 años y más en 2050 sería de 83.7 millones, casi el doble de su población estimada de 43 millones en 2012. Los *baby boomers* son en gran parte responsable de este aumento en la población de edad, ya que comenzaron a cumplir 65 en 2011. En 2050, los *baby boomers* supervivientes serán mayores de 85 años y envejecimiento de la población tendrá amplias implicaciones para el país. Pero los datos europeos tampoco son alentadores, según Harpers (8) la media de edad en Europa ha aumentado en 8,3 años en el último medio siglo, de 31,5 en 1960 a 39,8 en 2010 y se prevé que aumente en otros 7,4 años, a 47,2 en 2060. El porcentaje de europeos mayores de 65 años se prevé que aumente de 16,0% en 2010 a 29,3% en 2060. Asimismo hemos de añadir que la población europea de más de 80 años aumenta significativamente: en 1960 el 1,4% de los europeos tenía más de 80 años y que esta cifra alcanzó el 4,1% en 2010. La previsión de aumento de hasta un 11,5% en 2060 se convierte en un dato significativo (9).

Según datos del INE (10) en España el porcentaje de la población de 65 años y más, que actualmente representa el 18,2% de la población, pasaría a 24,9% en quince años (en 2029) y 38,7% en cincuenta años (en 2064). Si las tendencias demográficas actuales continuaran, la tasa de dependencia (que es el cociente, como porcentaje, de la población menor de 16 años o mayor de 64 años y la población de 16 a 64 años) aumentaría más de siete puntos, del 52,1% actual al 59,2% en 2029. Y sería del 95,6% en 2064. La población de cien años de edad (las personas de 100 años y más) pasaría de las actuales 13.551 personas a más de 372.000 en 50 años (11).

Los efectos de esta tendencia dominan en muchos países de Europa, incluyendo España. Este tipo de problema impacta en el desarrollo económico de la salud pública: las fuentes de mercado de trabajo, en el sistema de seguridad social y en los sistemas educativos y sociales (12).

Casi todas las teorías y explicaciones del declive de la fertilidad en Europa pueden clasificarse como «difusión de la innovación» o «adaptación» (13). La hipótesis de la "difusión de la innovación" afirman que la disminución de las tasas de fecundidad representa un nuevo comportamiento, resultado de nuevos conocimientos (sobre la anticoncepción, por ejemplo) o cambios en la cultura o actitudes que hacen aceptable el control de la fertilidad por razones morales. Según Freeman citado por Maneova, la hipótesis de la "adaptación" indica que el control de la fecundidad está influido principalmente por las reacciones de las parejas ante los cambios en las circunstancias económicas y sociales (por ejemplo, el aumento de los ingresos y la disminución de las tasas de mortalidad infantil) (14).

Posponer la maternidad puede tener consecuencias negativas sobre la fertilidad total de las mujeres. Es difícil evaluar los efectos causales de posponer la procreación debido a diferencias no observadas entre las mujeres. Falta la investigación comparativa entre países sobre el impacto de las políticas favorables a la familia en las penas de maternidad y salarios. Se necesitan más investigaciones para evaluar las consecuencias imprevistas de la congelación de los huevos y la fecundación in vitro, como el posterior aplazamiento de la fecundación (15)

Aplazar la maternidad ayuda a las mujeres a acumular más experiencia laboral (capital humano). El retraso de la maternidad refuerza el apego de las mujeres al mercado de trabajo y aumenta los salarios. Las políticas favorables a la familia pueden mitigar los efectos negativos del aplazamiento de la fecundidad sobre la fecundidad total (16, 17). La congelación de huevos y la fecundación in vitro pueden ayudar a las mujeres que retrasan la maternidad a tener hijos a una edad avanzada.

Hay varios factores tales como factores de estilo de vida, un aumento en las enfermedades de transmisión sexual, el aumento de la obesidad y los factores ambientales que participan en la urbanización y el estilo de vida urbano que están afectando la fertilidad y han llevado a subir subfertilidad masculina y femenina. Además, hay factores socioeconómicos que han llevado a las mujeres ya las parejas a retrasar el tener hijos. La falta de viviendas asequibles, puestos de trabajo flexibles ya tiempo parcial para las mujeres y una atención infantil asequible y financiada con fondos públicos han contribuido a las bajas tasas de natalidad. Parejas / mujeres están retrasando el inicio de una familia que ha llevado a una verdadera disminución en sus niveles de fertilidad debido al envejecimiento de los ovarios y las razones relacionadas con la reducción de las posibilidades de concepción (18).

1.2. FACTORES QUE INCIDEN EN LA DISMINUCIÓN DE LA TASA DE NATALIDAD.

Casi todas las teorías y explicaciones del declive de la fertilidad en Europa pueden clasificarse como «difusión de la innovación» o «adaptación» (13). La hipótesis de la "difusión de la innovación" afirman que la disminución de las tasas de fecundidad representa un nuevo comportamiento, resultado de nuevos conocimientos (sobre la anticoncepción, por ejemplo) o cambios en la cultura o actitudes que hacen aceptable el control de la fertilidad por razones morales. La hipótesis de la "adaptación" indica que el control de la fecundidad está influido principalmente por las reacciones de las parejas ante los cambios en las circunstancias económicas y sociales (por ejemplo, el aumento de los ingresos y la disminución de las tasas de mortalidad infantil) (13).

Hay varios factores tales como factores de estilo de vida, un aumento en las enfermedades de transmisión sexual, el aumento de la obesidad y los factores ambientales que participan en la urbanización y el estilo de vida urbano que están afectando la fertilidad y han llevado a subir subfertilidad masculina y femenina. Además, hay factores socioeconómicos que han llevado a las mujeres ya las parejas a retrasar el tener hijos. La falta de viviendas asequibles, puestos de trabajo flexibles ya tiempo parcial para las mujeres y una atención infantil asequible y financiada con fondos públicos han contribuido a las bajas tasas de natalidad. Parejas / mujeres están retrasando el inicio de una familia que ha llevado a una verdadera disminución en sus niveles de fertilidad debido al envejecimiento de los ovarios y las razones relacionadas con la reducción de las posibilidades de concepción (15).

Causas económicas

Hay varias teorías que intentan explicar los movimientos en las tasas de fertilidad debido a la situación económica (19-21), las resumimos a continuación:

Por lo general, la participación femenina en la fuerza de trabajo se interrumpe durante cuando se tienen hijos. A medida que más mujeres deciden trabajar la mayor parte de sus vidas, la edad promedio al primer parto aumenta y los intervalos entre los nacimientos disminuyen. Las mujeres empleadas en puestos profesionales tienden a esperar largos períodos entre el matrimonio y el nacimiento de su primer hijo. (22-24).

Causas no económicas

El nivel de educación de una mujer es esencial para explicar los movimientos de fertilidad. Por otra parte, las diferencias significativas en la fertilidad se encuentran generalmente entre las mujeres en las zonas urbanas y rurales. Estas diferencias reflejan las preferencias de fertilidad, así como el acceso diferencial a la planificación familiar (24, 25). Como resultado, las tasas naturales de crecimiento de la población están entrando en períodos de crecimiento decreciente o disminución absoluta. Al mismo tiempo, la proporción de dependientes sigue creciendo mientras que la población en edad de trabajar disminuye como porcentaje de la población total (26).

1.3 INFERTILIDAD: DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA.

De acuerdo con una definición clínica dada por la *International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies* (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la infertilidad se considera como "*una enfermedad del sistema reproductivo definida por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más iniciadas las relaciones sexuales regulares sin protección* "(27)

Hay una distinción entre la infertilidad primaria y secundaria. Si una pareja nunca ha sido capaz de concebir, se define como infertilidad primaria, mientras que la pareja que ya ha concebido, pero tiene problemas de fertilidad, es diagnosticada con la infertilidad secundaria. En una estimación a nivel mundial, la prevalencia de la infertilidad es de aproximadamente del 9% y la prevalencia de por vida tiene alrededor del 16% en los países desarrollados. Podemos resumir que la prevalencia de la infertilidad temporal es bastante alta, pero la falta de hijos involuntaria a largo plazo - primaria sin tratamiento médico - es un fenómeno poco frecuente (28).

La etiología es multifactorial para algunas parejas (29). Las causas de la infertilidad se describen a continuación:

Enfermedades de transmisión sexual

Las infecciones con los siguientes patógenos de transmisión sexual tienen un efecto negativo sobre la fertilidad: Clamidia y Gonorrea. Existe una asociación consistente entre la infección por *Mycoplasma genitalium* y los síndromes del tracto reproductivo femenino. La infección por *M. genitalium* se asocia con un mayor riesgo de infertilidad (29).

Genéticas

Una translocación de Robertsonian en cualquier socio puede causar abortos espontáneos recurrentes o la infertilidad completa.

Otras causas

Otros factores que pueden causar la infertilidad masculina y femenina son los daños en el ADN (30)

Factores generales

Diabetes mellitus, (31) trastornos de la tiroides, enfermedad celíaca no diagnosticada y no tratada, (32) enfermedad suprarrenal (33).

Factores hipotalámico-pituitarios

Hiperprolactinemia, Hipopituitarismo. La presencia de anticuerpos antitiroideos se asocia con un mayor riesgo de subfertilidad inexplicada con un Odds Ratio de 1,5 y 95% de intervalo de confianza de 1,1-2,0. (34).

Factores ambientales

Toxinas tales como colas, disolventes orgánicos volátiles o siliconas, agentes físicos, polvos químicos y pesticidas. (35). Los fumadores de tabaco son 60% más propensos a ser infértiles que los no fumadores (36).

Las principales causas de infertilidad en las mujeres son problemas hormonales, quistes ováricos, anormalidades estructurales en las trompas de Falopio o en el útero que impiden la producción y liberación de óvulos maduros, el transporte adecuado del óvulo en el útero o la implantación adecuada del óvulo fecundado en el útero (37).

1.4 TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) se perciben cada vez más como una forma de aliviar los problemas de la falta de hijos involuntarios. En la fecundación in vitro, (FIV) los óvulos se fertilizan utilizando esperma en un laboratorio y el embrión se implanta quirúrgicamente en el útero de la mujer. La FIV se inventó para tratar casos de infertilidad femenina. Cuando sólo se inyecta una sola célula espermática en el ovocito durante la FIV el procedimiento se denomina inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

La ICSI se desarrolló para abordar problemas de fertilidad masculina, tales como conteo de esperma bajo o mala calidad de esperma, pero se está convirtiendo en una forma estándar de fertilización en las TRHA en los últimos años. Las

transferencias de embriones congeladas o descongeladas se refieren a procedimientos de FIV en los que se utilizan embriones que han sido previamente crioconservados para almacenamiento (en contraposición a las transferencias "frescas" de embriones nunca congelados). Una de las razones de este procedimiento es que la obtención de ovocitos de una mujer es un acto bastante invasivo. Por lo tanto, después de un tratamiento hormonal, se recogen varios ovocitos al mismo tiempo, se fertilizan y se congelan, en caso de que falle la primera transferencia de embriones -un evento probable dado la tasa de éxito relativamente baja de las TRHA (38).

Otro tipo de donación de óvulos se llama "compartir huevos": las mujeres que se sometieron a TRHA, pueden compartir cualquier ovocito congelado no usado con otras mujeres, a veces para un descuento en sus pagos por el tratamiento de TRHA.

Globalmente, Europa tiene el mayor número de tratamientos de TRHA. En 2005, el año más reciente del que se dispone de datos mundiales, el 56% de las aspiraciones TRHA se realizaron en Europa, seguidas de Asia (23%) y Norteamérica (15%) (39).

1.5 ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE AFECTAN EL BIENESTAR DE LAS PAREJAS QUE SUFREN INFERTILIDAD

La infertilidad es un problema de salud reproductiva que está relacionado con una pareja. Por lo general, el sistema de atención de la salud se encarga de las personas que tienen problemas de salud, pero con la infertilidad el paciente es la pareja. Las causas biológicas de infertilidad se relacionan con uno o ambos compañeros o la infertilidad no se explica, por eje. No se ha identificado ningún diagnóstico médico. Es bien sabido que la infertilidad para muchas parejas, causa una seria presión sobre sus relaciones interpersonales, así como la angustia personal, la reducción de la autoestima y los períodos de crisis existencial (40).

Uno de los desafíos importantes que enfrenta una pareja infértil, es aprender a manejar la infertilidad en relación a sí mismo en relación con la pareja y en los diferentes ámbitos sociales. Es a mediados de los años 90 cuando empiezan a

proliferar los estudios Transversales sobre las consecuencias psicosociales de las parejas en el tratamiento de la fecundidad (41). La literatura reciente en nuestro país aborda los aspectos psicológicos a los que las parejas infértiles han de hacer frente, pero como dos aspectos separados (42, 43), pero no son muchos que aborden los problemas psicosociales (44).

Algunos de los aspectos psicosociales en los que estos estudios se centran son:

(I) Estrés por el problema de la fertilidad,
(II) Satisfacción marital,
(III) Comunicación de pareja
(IV) Estrategias de comunicación relacionadas con la infertilidad
(V) Estrategias de afrontamiento,
(VI) Actitudes de los pacientes hacia el tratamiento de la fecundidad
(VII) Evaluación de los pacientes de tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

La infertilidad puede tener efectos importantes en la vida de una pareja, y tiene un papel destacado en la vida familiar y el bienestar. La reducción de las expectativas sexuales de reproducción de la pareja, puede causar efectos adversos en el cuerpo y la mente de la misma. Varios factores están involucrados en el bienestar psicosocial de la pareja, incluyendo los demográficos (45), la resistencia, la intimidad, el conflicto marital y el estrés (46).

Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) si la pareja no tiene un hijo después de un año de relaciones sexuales sin protección, se pueden ver más afectados, ya que para muchas parejas el no ser capaz de tener un hijo biológico es considerado como una tragedia (47). Esta cuestión merece consideración desde dos puntos de vistas: en primer lugar, el hecho de que el 10-15% de la población mundial se enfrentan a la infertilidad y buscan tratamiento, y, por otro lado, la forma en que la infertilidad, al influir en la vida en pareja o agravar las relaciones de la misma,

pudiendo esta provocar directa o indirectamente un fracaso en la fecundidad (48). La infertilidad no sólo debe contemplarse como una condición médica, sino también como una experiencia por la que pasan los seres humanos. Esto hace que el apoyo psicosocial sea un elemento integral en la atención de la salud reproductiva en muchos países europeos (49).

En España no existe un protocolo asistencial de apoyo psicosocial para las parejas infértiles que se someten a las diferentes TRHA. En este contexto, esta revisión sistemática de la literatura pretender profundizar en las respuestas psicosociales de las parejas infértiles.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice los factores psicosociales asociados a la experiencia de la infertilidad en las parejas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos los hemos dividido en cinco:

- Examinar los factores demográficos que inciden en la experiencia de la infertilidad en la pareja
- Describir cómo afectan las TRHA a la relación de pareja.
- Analizar la experiencia tanto de la mujer como del hombre desde el punto de vista psicológico
- Profundizar en cómo afecta la infertilidad en la sexualidad de la pareja.
- Exponer las consecuencias de la falta o no de apoyo psicológico, socioeconómico y familiar en la pareja.

3. METODOLOGÍA

3.1 ESTRATÉGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre los efectos psicosociales de la infertilidad en la pareja. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: *Pubmed, Scielo, Lilacs, Scopus* y *Web of Science*. Las búsquedas se realizaron entre el junio y julio de 2016.

Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2005 al 2015, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados.

La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.

3.1.1 Términos MESH

√ **Palabras claves de la búsqueda/keywords**:

"Infertility" AND "stress" OR "psychopathology" OR "couple relationship"". "Infertility treatment" AND "stress" OR "psychopathology" OR "couple relationship"

3.1.2 Criterios de inclusión y exclusion

√ **Criterios de inclusión:**

- Artículos científicos a texto completo.

- Documentos publicados entrevistas científicas.

- Ensayos clínicos aleatorizados.

- Estudios de casos.

- Revisiones bibliográficas.

- Los documentos debían estar disponibles en inglés o español.

√ **Criterios de exclusión:**

- Documentos que no cumplían los objetivos que se pretendían.

- Artículos que no fueron conseguidos a texto completo

- Artículos cuya fecha era anterior a 2005

- Estudios que trataban sobre la infertilidad no desde un punto de vista psicológico.

-Artículos cuyas muestras no cumplían los estándares exigidos por este estudio

3.1.3 Combinación de términos MESH

A continuación, en la tabla 1 procederemos a exponer tanto los parámetros y combinaciones de búsqueda que hemos utilizado basándonos en las palabras claves del tema en cuestión, además del número de artículos encontrados en su totalidad y aquellos que hemos excluido por la fecha en que se realizaron, algunos que estaban duplicados.

Tabla 1 : Tabla de resultados según combinación de descriptores

COMBINACIÓN DE TÉRMINOS	PUBMED	SCIELO	LILACS	SCOPUS	WEB OF SCIENCE
"Infertility AND stress"	*991*	*19*	*25*	*1.443*	*413*
"Infertility AND psychopathology"	*6*	*0*	*1*	*45*	*79*
"Infertility AND couple relationship"	*71*	*2*	*1*	*28*	*17*
"Infertility AND experience"	*480*	*18*	*20*	*19*	*7*
"Infertility treatment AND stress"	*519*	*3*	*8*	*17*	*6*
"Infertility treatment AND psychopathology"	*5*	*0*	*0*	*17*	*6*
"Infertility treatment AND couple relationship"	*44*	*0*	*1*	*17*	*6*
"Infertility treatment AND experience"	*334*	*6*	*6*	*17*	*6*
REFERENCIAS SELECCIONADAS	**120**	***6***	***11***	***202***	***187***
526 ARTÍCULOS					

3.1.4 Selección de documentos

Debido al gran número de documentos obtenidos tras la primera fase de búsqueda, en la primera acción se procedió a la eliminación de aquellos documentos

duplicados, tras ello procedimos a identificar aquellos resúmenes cuyos descriptores en el título coincidían con los propuestos en nuestro estudio, posteriormente en una revisión preliminar de los resúmenes se identificaron muchos estudios no relacionados con el tema que fueron eliminados, para finalmente mediante la lectura profunda de los resultados de los artículos restantes nos llevó a eliminar aquellos en los que el número de la muestra era muy pequeño, y aquellos cuya muestra estaba basada en el cáncer como la causa de la infertilidad, por entender que en este tipo de pacientes influyen otros factores en los aspectos psicosociales como los tratamientos de quimio o radioterapia.

El número de final de artículos seleccionados fue de 40.

Figura 1. Diagrama de flujo (PRISMA, 2009).

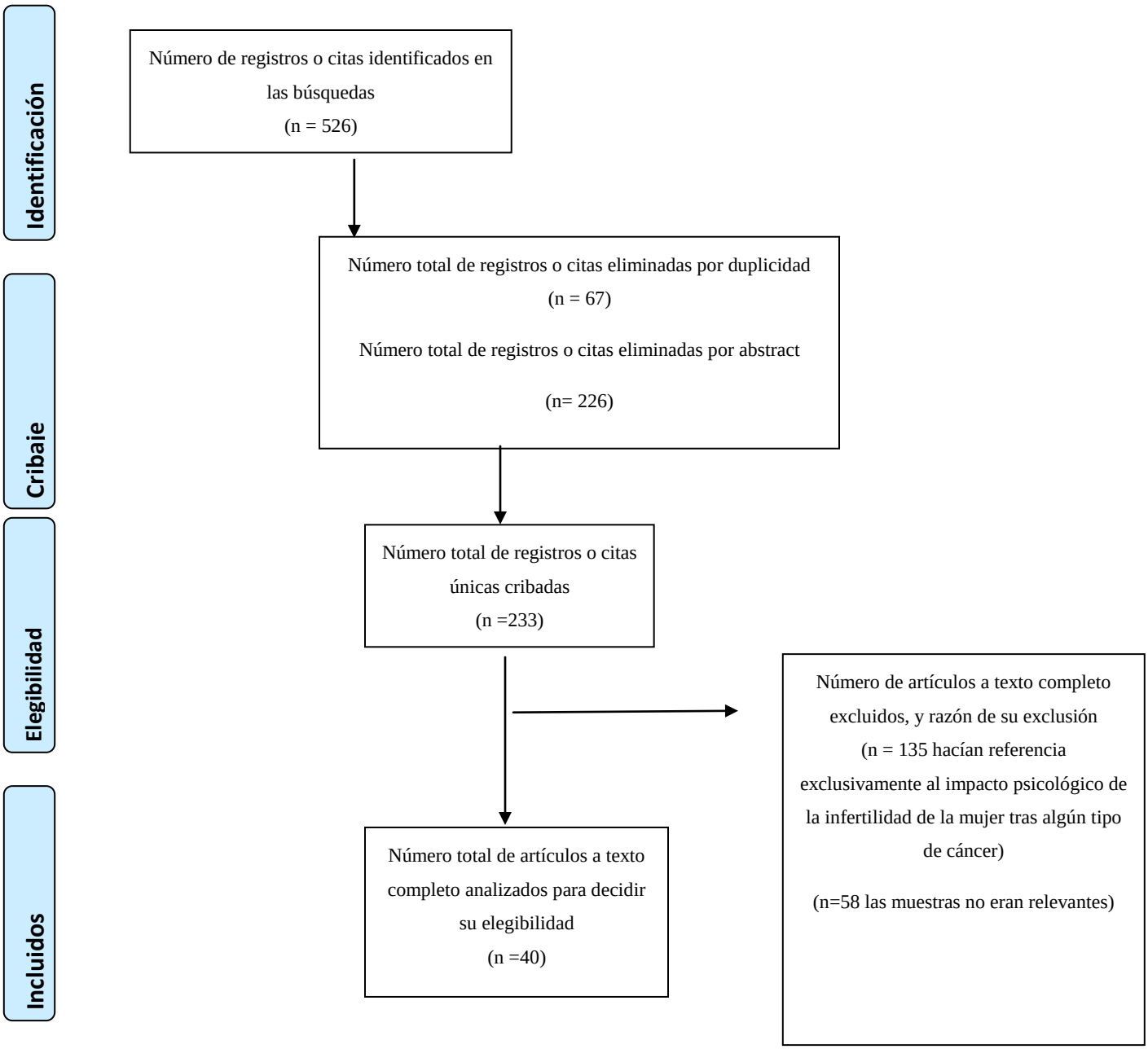

Figura 1: Diagrama de flujo de selección de los estudios

4. RESULTADOS

En la Tabla 2 incluida están descritos los artículos seleccionados, así como sus características más relevantes.

Tabla 2. Principales características de los estudios seleccionados.

Nº	AUTOR /AÑO	TITULO	OBJETIVO	MUESTRA	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS
50	Wischmann, T., Korge, K., Scherg, H., Strowitzki, T., & Verres, R. (2012).	Infertility and couple relationship.	Averiguar en una gran muestra si, en comparación con los padres, las parejas involuntariamente sin hijos tienen una percepción subjetiva diferente de la calidad de vida global y específica durante un período de > 10 años.	148 parejas	Transversal descriptivo	En general, nuestra encuesta de seguimiento de 10 años indicó un buen ajuste psicológico tanto en las parejas sin hijos como en los padres post-MAR. En esta gran muestra no se observó una disminución de la satisfacción sexual en parejas sin hijos (frecuentemente reportada en la literatura). La calidad de vida en el largo plazo puede decirse seguramente alta, tanto en las parejas definitivamente sin hijos como en los padres post-MAR.
51	Baldur-Felskov, B., Kjaer, S. K., Albieri, V., Steding-Jessen, M., Kjaer, T., Johansen, C., & Jensen, A. (2013).	Psychiatric disorders in women with fertility problems: results of a cohort of Danish registration base.	¿Las mujeres que no tienen éxito en dar a luz después de una evaluación de infertilidad tienen un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos en comparación con mujeres que hacen?	98.320 mujeres	Cohorte retrospectivo	Los resultados indicaron el fracaso en dar a luz después de una evaluación de infertilidad podría ser un importante factor de riesgo para trastornos psiquiátricos.

52	Greil, A.L, Slauson-Blevins, K and McQuillan J (2010).	The experience of infertility: a review of recent literature.	Revisión de la literatura explora investigaciones sobre infertilidad publicados a lo largo de los últimos diez años.	-	Revisión de la literatura	Reconoció la importancia de investigar más sobre las parejas y experiencia masculino de la infertilidad.
53	Glover, L., McLellan, A., & Weaver, S. M. (2009).	What does having a fertility problem mean to couples?	Para descubrir el significado de problemas de infertilidad de las parejas. Para averiguar cómo las parejas diferencian sus valoraciones de sus problemas de fertilidad.	10 parejas	Observacional	En este estudio el impacto de problemas de infertilidad de las parejas fue profunda y penetrante. Los hombres vieron a la infertilidad como una amenaza a su masculinidad y las mujeres encontraron la infertilidad como una amenaza física del propio tratamiento.
54	Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. and Moller, A. (2006).	First IVF treatment - impact on psychological well-being and the marital relationship, short term human reproduction.	Evaluar respuestas emocionales a corto plazo de las parejas infértiles para su primer tratamiento de FIV (reacciones emocionales de las mujeres y de hombres y sus experiencias de la relación marital en diferentes etapas del primer tratamiento) y se relacionan con estas respuestas con los resultados de la FIV.	117 parejas	Transversal descriptivo	Reacciones emocionales de hombres y mujeres relacionados con la primera FIV dependían de si logra un embarazo o no. Los que no pudieron quedar embarazadas clasificaron su peor bienestar emocional, mientras que las que se quedaron embarazadas ha calificado su bienestar emocional mejor que antes del tratamiento iniciado. Las mujeres informaron reacciones emocionales más fuertes sobre su infertilidad que sus maridos. Sin

						embargo, los hombres reaccionaron en el mismo patrón emocional que sus esposas cuando no se consiguió embarazo. La mayoría informó que la relación matrimonial mejora durante el tratamiento.

55	Schneider, M.G. and Forthofer, M.S. (2005).	Associations of psychosocial factors with the stress of the treatment of infertility, health and Social.	Investigar factores psicosociales parece estar asociado con el estrés percibido en el curso de tratamiento de la infertilidad.	128 personas	Transversal descriptivo	La autoestima y la salud percibida se asociaron con la tensión en la línea base del estudio, importancia de una familia biológica y el grado de manutención asociado con el estrés en el seguimiento de 12 meses y factores relacionados con el tratamiento de la infertilidad (número de tratamientos, relación con los médicos) asociada con el estrés en la carta recordativa de 24 meses. La autoestima fue un factor sólo psicosocial asociado con el cambio en tensión a lo largo del tratamiento.
56	Slade, P., O'Neill, C.O., Simpson, A.J. and Lashen, H. (2007).	The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic.	Percepción de estigma se asocia con menor divulgación a los demás, conduce a menor apoyo social y mayor malestar en los asistentes nuevo en una clínica de infertilidad es probado.	84 mujeres 64 hombres	Cuantitativo	Las mujeres informaron mayor estigma y divulgación que los hombres. Para las mujeres, el estigma y divulgación eran sin relación pero en hombres el mayor estigma se asoció con menor divulgación. La percepción de estigma se relacionó con bajo apoyo social para ambos sexos. El apoyo social fue negativamente relacionado con la ansiedad, la depresión y la angustia de la infertilidad global y demostraron mayor capacidad

						predictiva que la satisfacción con la relación de pareja. El modelo de la prueba demostró que, para los hombres, estigma estaba vinculado a un menor apoyo y divulgación y mayor dificultad relacionadas con la fertilidad y genérico. Revelación sí mismo no enlace para apoyar. Para las mujeres, mayor divulgación vinculado sólo al mayor peligro genérico. Estigma fue directamente ligado a dificultades relacionadas con la fertilidad y bajo soporte percibido que mediada por una relación con el peligro genérico.
57	White, L. and McQuillan, J. (2006).	No longer intending: The relationship between relinquished fertility intentions and distress.	La itención de tener (más) hijos conduce a un mayor incremento en los síntomas depresivos que continua confianza en las intenciones de procrear.	2.200 personas	Revisión bibliográfica	Análisis de cambio de puntuación muestran que individuos que renunció a un serio intento de tener hijos habían elevado peligro en el tiempo 2 y que la asociación está condicionada por el género, la salud y la educación. Encontramos que fertilidad potencial puede ser importante para el bienestar psicosocial y que cierre la puerta sobre la fertilidad futura, especialmente para las mujeres, los

						problemas de salud y los mejor educados, conduce a mayor dificultad.
58	Cudmore, L. (2005).	Become parents in the context of loss.	Describe los resultados de un proyecto de investigación cuyo objetivo fue explorar la experiencia emocional de la infertilidad en hombres y mujeres y su impacto en su relación.	-	Revisión bibliográfica	Para muchas parejas diagnóstico infertilidad relevó la presión ya que sabían que no había posibilidad de concebir naturalmente. Al mismo tiempo el diagnóstico fue impactante y trajo mucho dolor y rabia.
59	Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., Kremer, J.A.M., *et al.* (2007).	The emotional adjustment of women to IVF: a systematic review of 25 years of research.	una visión general de cómo las mujeres ajustan emocionalmente a las diversas fases del tratamiento de FIV en términos de ansiedad, depresión o malestar general antes, durante y después de ciclos de tratamiento diferentes		Revisión sistemática	Los resultados indicaron que las mujeres a partir de FIV sólo eran ligeramente diferentes emocionalmente de los grupos de la norma. Tratamiento fracasado provoca niveles de las mujeres de las emociones negativas, que continuó después de ciclos consecutivos sin éxito. En general, mayoría de las mujeres resultó para ajustar bien a la FIV sin éxito, aunque un grupo considerable mostró problemas emocionales subclínicas. Cuando FIV resultó en el embarazo, las emociones negativas desaparecieron, indicando que estrés inducido por el tratamiento se

						relaciona considerablemente las amenazas de la falta.
60	Folkvord, S., Odegaard, O.A. and Sundby, J. (2005).	Male infertility in Zimbabwe, education of the patient and counseling.	Hay muy pocos estudios en infertilidad masculina en el África subsahariana. Los países subsaharianos no tienden a la infertilidad masculina debido a razones económicas y, posiblemente, la negación psicológica del problema de investigación.	311 personas	Observacional	Se encontró que el 78% de los encuestados había tenido alguna vez enfermedades de transmisión sexual. La mayoría de los encuestados reportó que su infertilidad les causa estrés y síntomas de la depresión leve. Mayoría de los hombres mencionó también a buscar tratamiento basado en métodos tradicionales. Culparon de los hombres que su esposa era la razón de su infertilidad.
61	Peronace, L.A., Boivin, J. and Schmidt, L. (2007).	Patterns of social interactions and suffering in infertile men: 12 months after treatment without success.	Investigamos la salud física y mental, el apoyo y el estrés psicológico y social en los hombres (N = 256) antes y después de 12 meses de tratamiento infructuoso según su diagnóstico: inexplicable factor femenino, factor masculino, o mixto.	256 personas	Observacional retrospectivo	sugieren que los hombres no difieren en el diagnóstico en cualquiera de las variables probadas. Cuando el tratamiento no era acertado, todos los hombres mostraron mayor sufrimiento en la forma de la salud mental disminuida, aumentaron las reacciones de estrés físico, disminución de apoyo social y aumentaron tensión social negativa con el tiempo. Estos resultados indican que infertilidad involuntaria

						es difícil para todos los hombres y no depende con que la causa se encuentre.

62	Donarelli Z, Coco Lo G, Gullo S, Marino A, Volpes A, Allegra A. (2012).	Are mounting measures associated with stress related to infertility in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the effect of individual and couple.	Varios estudios han investigado la relación entre infertilidad y la señal de socorro psicológico.	98.737 mujeres	Transversal descriptivo	los resultados mostraron que las mujeres con problemas de fertilidad que no tuvieron un niño después de la evaluación inicial de la infertilidad enfrentaron un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos incluyendo abuso, psicosis/esquizofrenia y otros trastornos mentales, pero un menor riesgo para la depresión.
63	Wirtberg, I., Moller, A., Hogstro¨ m, L., Tronstad, S.E., *et al.* (2007).	Life 20 years after unsuccessful infertility treatment.	Explorar el papel de las respuestas emocionales en el ajuste marital y la satisfacción en parejas sometidas a tratamiento de infertilidad.	74 personas	Cuantitativo	Los resultados del análisis de regresión múltiple revelaron que grupo FIV y el grupo masculino de los participantes, particularmente, afectividad positiva y la intensidad de las emociones positivas y la intensidad de las emociones negativas surgieron como mejores predictores del ajuste marital. Además, las respuestas de la emoción positiva se emergieron como mejores predictores de satisfacción marital en grupos tanto en FIV como en ICSI.
64	Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A. and Nygren, K.G.	International estimates of prevalence of infertility and treatment-seeking:	revisar encuestas de población existente en la prevalencia de la infertilidad y la proporción de parejas que buscan ayuda	172 413mujeres	Revisión bibliográfica	La evidencia actual indica una prevalencia de 9% de la infertilidad (de 12 meses) con 56% de las parejas que buscan atención médica.

	(2007).	potential need and demand for medical care of infertility.	médica para problemas de fertilidad.			Estas estimaciones son menores que las típicamente citadas y son notablemente similares entre países más y menos desarrollados.

65	Boivin, J. and Schmidt, L. (2005).	Infertility in men and women-related stress predicts the outcome of treatment 1 year later.	Para examinar los efectos separados y comunes de estrés del problema (FP) de la fertilidad masculina y femenina y la fuente de estrés (p. ej., social personal, civil) en el resultado del tratamiento.	818 parejas	Cohorte propectivo.	Los resultados proporcionan la evidencia de que el estrés relacionado con la infertilidad tiene efectos directos e indirectos en el resultado del tratamiento.
66	Gulseren, L., Cetinay, P., Tokatlioglu, B., Sarikaya, O.O., et al. (2006).	Turkish levels of depression and anxiety in infertile women, Journal of reproductive medicine.	El objetivo de este estudio fue identificar predictores personales, familiares o sociales de la depresión en mujeres infértiles que buscaban tratamiento.	107 mujeres 63 del grupo de control	Transversal descriptivo	Cogniciones irracionales de la familia y la presión de familiares fueron los dos principales predictores independientes de depresión en mujeres infértiles.
67	Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C. and Mo¨ ller, A. (2005).	Do psychological stress affects outcomes of in vitro fertilization?	investigar el efecto del estrés psicológico antes y durante el tratamiento de FIV en el resultado de la fecundación in vitro, control de predictores fisiológicos conocidos.	166 mujeres	Prospectivo Transversal	No se encontraron pruebas que estrés psicológico haya influido en el resultado del tratamiento de FIV. Cuando el asesoramiento de las parejas infértiles, es posible reducir el estrés que experimentan durante el procedimiento de tratamiento por informar de estos resultados.

68	Valsangkar S. et al. (2011)	An evaluation of the effect of infertility in the rates of marital, sexual satisfaction and quality of life related to health in women.	Medir y comparar el impacto de la infertilidad en el ajuste marital, el funcionamiento sexual, la calidad de vida y la aceptabilidad de diversas modalidades de tratamiento en la infertilidad.	106 mujeres 212 de control	Transversal	Para lograr un tratamiento holístico en la infertilidad, se necesita un asesoramiento eficaz, un reaseguro y medidas para reducir el impacto de la condición en la vida sexual y matrimonial.
69	Mahajan NN et al. (2009)	Adjust to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources / vulnerabilities.	Identificar los factores intrapersonales [neuroticismo, estilo de apego adulto (AAS), percepción de control interno, significado de la paternidad y religiosidad intrínseca] y relaciones interpersonales (apoyo social y ajuste marital) que afectan la adaptación a la infertilidad.	85 mujeres heterosexuales	Transversal	El modelo intrapersonal (49,3%) explicó una mayor proporción de varianza que el modelo interpersonal (28,4%). La percepción de los niños como necesaria para la conclusión del matrimonio, y el tipo de evitación de AAS se asoció con un ajuste más pobre y constituía vulnerabilidades intrapersonales. En contraste, la religiosidad intrínseca, la satisfacción sexual y el apoyo familiar se asociaron con un mejor ajuste y se identificaron como útiles recursos intrapersonales e interpersonales de afrontamiento.
70	Tüzer, V., Tuncel,	Marital adjustment and	Determinar los factores	60 parejas	Transversal	Se observaron diferencias de

	A., Göka, S., Bulut, S. D., Yüksel, F. V., Atan, A., & Göka, E. (2010)	emotional symptoms in infertile couples: gender differences.	psicosociales y demográficos relacionados con el ajuste marital y los síntomas emocionales en parejas infértiles según las diferencias de género.	infértiles primarias.		género estadísticamente significativas en la expresión afectiva y en los dominios de satisfacción sexual de la Escala de Ajuste Diádico (P <0,05). Nuestros análisis mostraron que varios aspectos del ajuste marital tienen poder predictivo sobre la ansiedad y los síntomas depresivos de los hombres infértiles, especialmente cuando la infertilidad se debe al factor masculino. : Los resultados de este estudio enfatizan la importancia del asesoramiento psicológico y sexual en el curso del tratamiento de la infertilidad.
71	Repokari, L., Punamäki, R. L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., & Tulppala, M. (2007)	Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls.	Examinaron el impacto del THRA en las relaciones maritales.	367 parejas con embarazos IVF / ICSI Controles: 379 parejas con embarazos espontáneos únicos.	Transversal	No se encontraron diferencias entre grupos en la satisfacción marital y en la cohesión diádica. El afecto sexual era bajo entre los hombres de control en T2 y los eventos de vida estresantes disminuyeron aún más. La depresión durante el embarazo predijo relaciones matrimoniales deterioradas sólo en parejas de

						control. Varios intentos fallidos de tratamiento se asociaron con un buen consenso y cohesión diádica entre las mujeres con ART. El THRA exitoso no constituye un riesgo para el ajuste marital. El estrés compartido de la infertilidad puede incluso estabilizar las relaciones maritales.
72	Aarts, J. W. M., Van Empel, I. W. H., Boivin, J., Nelen, W. L., Kremer, J. A. M., & Verhaak, C. M. (2011)	Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL.	Examinó la relación entre el sufrimiento emocional medido por la escala de ansiedad y depresión del hospital (HADS) y el cuestionario de la calidad de vida de la fertilidad (FertiQoL).	785 pacientes	Transversal	El estudio confirma la relación negativa esperada entre la calidad de vida medida por FertiQoL y la ansiedad y la depresión. Los datos apoyan que FertiQoL fiablemente mide la QoL en las mujeres que se enfrentan a la infertilidad. FertiQoL permite a los clínicos adaptar el cuidado más específicamente al paciente de una manera comprensiva.
73	DireKvAnD-MoghADAM, A., Delpisheh, A., & DireKvAnD-MoghADAM, A.	Effect of Infertility on the Quality of Life, A Cross- Sectional Study	Comparar la calidad de vida en mujeres fértiles e infértiles.	450 mujeres	Transversal	En la mayoría de las mujeres infértiles, el puntaje promedio de las dimensiones mentales de la calidad de vida es menor en comparación con las mujeres

	(2014).					fértiles, por lo tanto, es necesario el uso de programas de asesoramiento y tratamiento en mujeres infértiles.
74	Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2012).	The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples.	Explorar el impacto de los factores contextuales en la angustia emocional, ya sea directamente o afectando la importancia de la paternidad en la vida de uno, que a su vez afecta la angustia emocional.	70 parejas	Transversal	Los resultados indicaron que el estatus económico social y la residencia urbano-rural tuvieron un impacto en la angustia emocional al afectar las representaciones sobre la importancia de la paternidad en la vida. Se encontraron diferencias de género con respecto a los senderos modelo, lo que sugiere que el contexto social puede contribuir más a la angustia emocional de las mujeres que a la angustia de sus compañeros. Al delinear las intervenciones psicológicas, los proveedores de salud deben considerar que los valores culturales sobre los niños y la paternidad contribuyen a dar forma a la experiencia de la infertilidad.

75	Peterson, B. D., Sejbaek, C. S., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2013).	Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners?	Analizar si los síntomas depresivos severos en mujeres y hombres se asocian con el estrés relacionado con la infertilidad individual y diádica en parejas sometidas a un tratamiento de infertilidad.	1.406 parejas	Transversal	Se informaron síntomas depresivos severos en el 11,6% de las mujeres y el 4,3% de los hombres, y se asociaron significativamente con el aumento de la dificultad relacionada con la infertilidad a nivel individual y de pareja. No hubo interacción significativa para el género que indica que los hombres y las mujeres no difieren en la forma en que los síntomas depresivos graves se asociaron con la angustia de la infertilidad.

76	Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2009).	The Transversal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments.	Examinar el impacto de la supervivencia de la pareja en las parejas que experimentan infertilidad.	2250 Personas	Transversal prospectivo	Las estrategias de evasión activa y pasiva se relacionaron significativamente con el aumento de la angustia personal, marital y social a nivel individual y de pareja. Las estrategias de afrontamiento basadas en el significado estaban relacionadas con disminuciones en la angustia individual de una mujer y en la angustia marital de su pareja.

77	Song, S. H., Kim, D. S., Yoon, T. K., Hong, J. Y., & Shim, S. H. (2016).	Sexual function and stress level of male partners of infertile couples during the fertile period.	Evaluar la función sexual y el nivel de estrés durante el coito cronometrado (TI) de parejas de parejas infértiles.	236 hombres	Transversal	Los niveles de estrés para la función sexual fueron más altos durante los períodos fértiles que no fértiles en 109 de los 236 (46,2%) compañeros masculinos, con 122 (51,7%) no habiendo diferencias en el estrés durante los períodos fértiles y no fértiles. La puntuación media (sd) VAS de estrés de relación sexual fue significativamente mayor durante los períodos fértiles que no fértiles, con 3,4 (2,6) frente a 2,1 (2,2) (P <0,001). De los 236 hombres, 21 (8,9%) reportaron más de disfunción eréctil leve a moderada (ED, IIEF-5 puntuación ≤ 16) y 99 (42%) reportaron ED leve (IIEF-5 puntuación 17-21).

78	R., Ramli, R., Yazmie, A. W. A., Khadijah, M. B. S., Hayati, M. Y., Midin, M., ... & Ravindran, A. (2014).	A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive psychiatry.*	Evaluar las características y diferencias de género en las dificultades psicológicas percibidas reportadas por parejas infértiles de Malasia. En particular, la depresión, la ansiedad y el estrés, junto con correlativos estilos de afrontamiento, fueron examinados entre los cónyuges.		Observacional	La depresión, la ansiedad y las dificultades relacionadas con el estrés fueron reportadas a una frecuencia significativamente mayor por esposas que por esposos (pb0.05). No hubo diferencias significativas en los estilos de afrontamiento entre esposas y esposos. Sin embargo, el estilo de afrontamiento emocional estuvo asociado con niveles significativamente más altos de depresión, ansiedad y estrés (pb0.05) dentro de la muestra general con odds ratios de 2.5, 3.0 y 1.5, respectivamente.
79	Peyvandi, S. E. P. I. D. E. H., Hosseini, S. H., Daneshpour, M. M., Mohammadpour, R. A., & Qolami,	The Prevalence of Depression, Anxiety and Marital Satisfaction and Related Factors in Infertile Women Referred to Infertility	determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y Satisfacción marital en 200 mujeres infértiles referidas a las clínicas de Infertilidad en Sari (2008).	200 mujeres	Descriptivo	Según los resultados de este estudio, parece que la asistencia profesional de psicólogos y psiquiatras clínicos es útil para ayudar a los pacientes infértiles a lidiar mejor con el estrés causado por la infertilidad.

	N. (2011)	Clinics of Sari City in 2008				
80	Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006).	First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship	El objetivo de este estudio fue evaluar las respuestas emocionales a corto plazo de las parejas infértiles a su primer tratamiento con FIV (las reacciones emocionales de las mujeres y los hombres y sus experiencias de la relación marital en diferentes etapas del primer tratamiento) y relacionar estas respuestas con el resultado del tratamiento con FIV.	117 parejas	Prospectivo Transversal	Las reacciones emocionales de las mujeres y los hombres relacionadas con el primer tratamiento con FIV fueron dependientes de si lograron un embarazo o no. Aquellos que no pudieron quedar embarazadas calificaron su bienestar emocional peor, mientras que los que quedaron en embarazo calificaron su bienestar emocional mejor que antes de que comenzara el tratamiento. Las mujeres reportaron reacciones emocionales más fuertes acerca de su infertilidad que sus maridos. Sin embargo, los hombres reaccionaron en el mismo patrón emocional que sus esposas cuando el embarazo no fue alcanzado. Una mayoría informó que la relación marital mejoró durante el tratamiento.
81	Hammarberg, K., Baker, H. W. G.,	Men's experiences of infertility and infertility	El objetivo de este estudio fue describir las percepciones de		Transversal	La tasa de respuesta fue del 41% (112/276). La infertilidad

	& Fisher, J. R. W. (2010).	treatment 5 years after diagnosis of male factor infertility: a retrospective cohort study.	los hombres infértiles sobre el impacto de la infertilidad en sus relaciones íntimas, su experiencia de tratamiento y sus fuentes de información y apoyo.			masculina del factor fue divulgada para haber tenido un impacto negativo en la relación íntima del socio por el 25% de hombres, y el 32% divulgó un efecto negativo en su satisfacción sexual. La satisfacción con la atención médica y la información clínica fue alta y no influyó en el resultado del tratamiento. La información proporcionada por la clínica y la discusión con el personal de la clínica fueron las fuentes de información más preferidas, y el personal de la pareja y la clínica fueron las fuentes más valoradas de apoyo personal. Muy pocos hombres encontraron grupos de apoyo útiles y menos de la mitad confió en los amigos
82	Güleç, G., Hassa, H., YALÇIN, E. G., & Yenilmez, C. (2011).	The Effects of Infertility on Sexual Functions and Dyadic Adjustment in Couples that Present for Infertility Treatment.	El objetivo de este estudio fue determinar los efectos de la infertilidad sobre las funciones sexuales y el ajuste diádico en parejas infértiles que buscan tratamiento de infertilidad.	220 persona 110 personas de control	Transversal	No hubo una diferencia significativa en la puntuación de BDI entre los 2 grupos. Ninguno de los participantes del estudio tuvo depresión clínica. Los hombres en ambos grupos

						reportaron más problemas según la escala total de grises y las puntuaciones de subescala (excepto la subescala de evitación) que las mujeres. Las mujeres en ambos grupos reportaron más problemas según la puntuación de la subescala de evitación de grises que los hombres. Los hombres en el grupo de control reportaron más problemas en la subescala de frecuencia de grises, en comparación con los hombres en el grupo estéril. Las mujeres en el grupo control reportaron más problemas basados en la puntuación total de grises, y las puntuaciones de frecuencia, satisfacción, tacto y evitación de subescalas de grises, en comparación con las mujeres del grupo infértil. Los hombres en el grupo estéril estaban más satisfechos con el ajuste Dyadic que las mujeres en el grupo estéril. Los hombres y mujeres

						del grupo de control tenían mayor puntaje total del DAS, y las puntuaciones de subescala de consenso y expresión emocional del DAS.
83	Smith, N. K., Madeira, J., & Millard, H. R. (2015).	Sexual Function and Fertility Quality of Life in Women Using In Vitro Fertilization.	Este estudio tiene tres propósitos: (i) probar las propiedades psicométricas del cuestionario de funcionamiento sexual (SFQ) en una muestra de mujeres estadounidenses que están en FIV; (II) Comparar la función sexual de las mujeres que se están haciendo FIV con una muestra no clínica de las mujeres estadounidenses; y (III) identificar los aspectos de la función sexual más relacionados con la calidad de vida de la fertilidad (FertiQoL).	136 mujeres	Transversal	Los análisis de fiabilidad para el SFQ indican un ajuste suficientemente fuerte (alfa de Cronbach = 0.65 a 0,89). En comparación con una muestra no clínica, las mujeres que se encontraban en FIV puntuaron significativamente menor en el interés sexual, el deseo, el orgasmo, la satisfacción, la actividad sexual y la función sexual general ($p < 0.05$). Una regresión lineal escalonada indicó que los problemas sexuales predijeron FertiQoL scores (beta = 4,61, $p < 0.01$). Los problemas sexuales más comunes incluyeron falta de interés sexual o deseo (30%), dificultad con orgasmo (15%), sequedad vaginal (14%) y opresión vaginal (13%).

84	Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2011). The	The impact of infertility on sexuality: A literature review.	Una revisión de literatura fue conducida para contestar a las preguntas: 1) ¿cómo el concepto del uno mismo sexual se impacta en individuos infértiles y sus socios? (2) ¿la infertilidad tiene un impacto negativo en las relaciones sexuales? (3) ¿es la función sexual afectada por la infertilidad? Al responder a estas preguntas, podemos desarrollar una mejor comprensión de la sexualidad en el contexto de la infertilidad, y por lo tanto mejor informar a la gestión de la infertilidad. En última instancia, el objetivo es mejorar la calidad de vida de las parejas infértiles.		Revisión bibliográfica	Los resultados sugieren que la infertilidad y sus enfoques de tratamiento para la fertilización podrían llevar a cambios en la autoestima sexual, la relación sexual y la función sexual. La literatura comprobado que muchos temas infértiles experimentaron apuro en varios aspectos de la sexualidad. Sin embargo, la investigación adicional debe examinar las relaciones recíprocas entre el concepto sexual del uno mismo, la relación sexual y la función sexual en el contexto de la infertilidad. Cómo estos cambios afectan a los socios de temas infértiles también deben ser tratados.
85	Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Almeida-Santos, T. (2015)	Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? the mediating role of the	Examinó el impacto de la historia de la infertilidad (duración de la infertilidad y número de ciclos previos de tratamiento del TAR) sobre el ajuste emocional de las	70 mujeres infértiles	Transversal	El número de ciclos anteriores afectó el ajuste emocional de los hombres, pero no de las mujeres, al afectar las representaciones sobre la importancia de la paternidad y de la infertilidad. La

		importance of parenthood.	parejas sometidas a un ciclo de TAR y el efecto mediador de la importancia de la paternidad en esa asociación.			duración de la infertilidad tuvo el efecto contrario, ya que las parejas con infertilidad más larga informaron mayor importancia de la paternidad, lo que afectó negativamente su ajuste emocional
86	Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010).	Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions.	La infertilidad se considera una crisis biopsicosocial y la consejería de infertilidad se recomienda como parte integral de un enfoque multidisciplinario. Este artículo describirá los antecedentes teóricos y describirá las intervenciones comunes utilizadas en el asesoramiento sobre la infertilidad para individuos, parejas y en un grupo.		Revisión de la literatura	El asesoramiento sobre la infertilidad ofrece la oportunidad de explorar, descubrir y aclarar maneras de vivir de manera más satisfactoria y con más recursos cuando se han diagnosticado deficiencias de fertilidad. El Servicio de Consulta de Fertilidad de Heidelberg se presenta como un marco para consejería individual y de pareja y destaca cuestiones importantes en el asesoramiento de pacientes. Para el trabajo en grupo se discuten una serie de pasos para establecer un grupo dentro de un marco de infertilidad .
87	Wischmann, T. H. (2010).	Original research—couples' sexual	Este artículo indica las relaciones entre los trastornos		Revisión bibliográfica	Las disfunciones sexuales (de origen orgánico o psíquico) como

		dysfunctions: sexual disorders in infertile couples.	sexuales y el deseo insatisfecho de un niño y describe los efectos potenciales de los diagnósticos y el tratamiento en el contexto de la medicina reproductiva sobre la sexualidad de las parejas.			causa de infertilidad involuntaria son relativamente inusuales. Por el contrario (temporales) los desórdenes sexuales resultantes de diagnosis y de terapia médica son comunes en pares con problemas de la fertilidad, con las mujeres afectadas más con frecuencia que hombres.
88	Yassini, M., Khalili, M. A., & Hashemian, Z. (2005)	The Level of Anxiety and Depression Among Iranian Infertile Couples Undergoing In Vitro Fertilization or Intra Cytoplasmic Sperm Injection Cycles.	Examinar el nivel de ansiedad y depresión entre las parejas infértiles sometidos a IVF o ciclos de tratamiento ICSI en Irán.		Transversal	La comparación con los controles, los índices más altos de ansiedad moderada y severa, se observó en las mujeres que se encontraban en FIV (76% y 12%, respectivamente;) $P < 0.05$). Sin embargo, la tasa de depresión entre las mujeres en el grupo de FIV fue comparable a la de las mujeres que se encontraban en ICSI. Además, las tasas más altas de depresión y ansiedad severas fueron demostradas entre las amas de casa (23,9% y 11%, respectivamente). Las tasas más bajas de ansiedad y depresión severas se observaron en los esposos que

						participaron en los ciclos de FIV o ICSI. Además, se demostró que los analfabetos, comparados con las parejas educadas, sometidos a un programa de FIV o ICSI, tienen las tasas más altas tanto de depresión como de ansiedad.
89	de Faria, D. E. P., Grieco, S. C., & de Barros, S. M. O. (2012).	The effects of infertility on the spouses' relationship.	Describir el perfil de la población estudiada y analizar los efectos de la infertilidad en su vida emocional, sexual y marital.	50 Parejas infértiles	Estudio Observacional prospectivo	Las mujeres manifestaron sensaciones negativas debido a la infertilidad, mientras que los hombres asumieron una actitud de la ayuda. Los efectos sobre la vida sexual de las parejas fueron más pronunciados en las mujeres, y el tratamiento de la infertilidad dio lugar a cambios positivos para ambos cónyuges. No se encontraron diferencias con respecto a los efectos de la infertilidad entre las mujeres que habían sufrido más de un tratamiento y las que se encontraban en tratamiento por primera vez; entre los hombres había diferencias en el aspecto emocional (frustración y alivio) y en la relación marital

						(fortalecimiento y maduración).
90	Asl, S., Bakhtiari, M., Raufi, A., Yousefi, V., Poursalman, M., & Ahmadi, S. (2013).	Happiness and related factors in infertile women.	Analizar los factores que pueden afectar el nivel de felicidad de las mujeres infértiles.	130 mujeres	Descriptivo analítico.	El nivel de felicidad de las mujeres infértiles fue inferior al resto de la población dentro de la sociedad. Teniendo en cuenta el hecho de que algunos factores afectan el nivel de felicidad de estas personas; por lo tanto, Las intervenciones que podrían dirigirse a estos factores podrían aumentar el nivel de felicidad de estas mujeres.

Al revisar los estudios seleccionados sobre qué factores influyen en la experiencia de la infertilidad en la pareja, los hallazgos relacionados se han clasificado en 6 clases: Factores demográficos, métodos de TRHA, salud psicológica, calidad de vida, apoyo económico, social, familiar y sexual, en la siguiente tabla están descritas las variables principales del estudio con respecto a nuestros objetivos.

Tabla 3: descripción de las variables principales del estudio

VARIABLES	CARACTERÍSTICAS PARA ANALIZAR
FACTORES DEMOGRÁFICOS	*Edad, sexo, trabajo, educación, duración del matrimonio, duración de la infertilidad, tipo de infertilidad, Niño anterior, tipo de familia.*
TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA	*Además de la infertilidad en sí, el tratamiento a base de medicamentos. Diversos métodos auxiliares de la fertilidad y sus complicaciones.*
SALUD PSICOLÓGICA	La salud psicológica y mental de la pareja infértil. Adaptación a la infertilidad, a los pasos del tratamiento, al embarazo y a desempeñar el papel de padres después de un tratamiento fructífero;
CALIDAD DE VIDA	Factores como la edad (debido a una mejor salud física), cirugías previas en el sistema genital, FIV previa (debido a trauma), educación y mala vida sexual
APOYO PSICOLÓGICO,	Presión familiar Estigma

SOCIOECONÓMICO Y FAMILIAR	
FUNCIÓN SEXUAL	Relación entre el tipo de matrimonio, duración y el tipo de infertilidad (masculina o femenina) con la función sexual.

5. DISCUSIÓN

5.1 FACTORES DEMOGRÁFICOS

Estos factores abarcan la edad, el género, el trabajo, la educación, la duración del matrimonio, la duración de la infertilidad, el tipo de infertilidad, el hijo anterior, el tipo de familia (nuclear, extendida) y el potencial de ingresos. Varios estudios han relacionado el trabajo de la pareja en una pareja infértil con una con la satisfacción de la relación, también el envejecimiento de las parejas no sólo no da lugar a su correspondencia, sino que también viola gradualmente su contento de vida como uno de los elementos de compatibilidad psicológica, mientras que otro estudio de investigación indicó que los que llevaban cohabitando más de 9 años presentaron una mayor madurez y fortaleza con respecto a la experiencia de la infidelidad (89, 51, 52, 53, 55).

El nivel de educación se ha asociado con una mayor decepción con respecto a la experiencia, afirmando que las parejas con un mayor nivel académico, presentan grados de mayor estrés (89). En otro estudio se rechazaba la fertilidad o infertilidad de la pareja como un factor que influyera en la relación y se afirmaba que son exclusivamente los factores psicológicos y demográficos asociados, los que afectaban la complacencia o aceptación de la situación (54, 61, 50).

Con respecto al factor de género dos de los estudios que analizaban la importancia del sexo en la asimilación de la experiencia, encontraron una relación consistente, tanto con la infertilidad y la alegría de la pareja como con la ansiedad y la depresión inducidas por la infertilidad, de modo que, en algunos estudios, debido a diversas razones, se ha atribuido la insatisfacción con respecto a la experiencia exclusivamente a los hombres (57, 59, 70, 74, 75, 78).

En una revisión sistemática del estudio cualitativo sobre la relación matrimonial de las parejas fértiles en comparación con las infértiles, se ha asumido que las mujeres infértiles tienen una vida inestable en comparación con las fértiles (90, 84). Sobre el

tipo de infertilidad y la causa, algunos estudios han indicado que, si la infertilidad está relacionada con el factor masculino, puede ejercer más impactos negativos la relación de la pareja, y experimentarán menor calidad en su vida personal en comparación con el momento en que el factor de infertilidad es desconocido o está relacionado con algún problema en la mujer. (83).

Por otra parte, se ha afirmado que, si el factor de infertilidad es masculino, las respuestas emocionales son más negativas ya que, los hombres infértiles, emocionalmente hablando, sufren más estrés en su relación matrimonial. (84, 70).

Además, la duración de la infertilidad en sí misma puede afectar la salud psicológica de la pareja; Por lo tanto, puede ejercer efecto sobre el bienestar conyugal, ciertos casos de investigación trasladaron que las mujeres con mayor duración de la infertilidad, alcanzaron mayores grados de depresión y síntomas de ansiedad, ratificando que los síntomas de depresión se manifiestan mayoritariamente al principio del diagnóstico, y después de 3 años son ligeramente mitigados (88, 56, 59, 60, 66, 78, 79)

5.2 TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Además de la infertilidad en sí, el tratamiento a base de medicamentos puede inducir al estrés. Diversos métodos auxiliares para la fertilidad y sus complicaciones, pueden dar lugar a desórdenes psicológicos tales como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, especialmente si el número de las acciones del tratamiento y las experiencias negativas del mismo son altas (84).

En algunas personas, después del diagnóstico o durante el tratamiento, es difícil tolerar la carga psicológica del diagnóstico o tratamiento de la infertilidad. Un estudio afirmó que el FIV depende de diversos factores como los pasos que se están llevando a cabo y el éxito o fracaso en el tratamiento (80). En las mujeres con un tratamiento infructuoso, se expresó una mayor insatisfacción marital en comparación

con aquellas que culminaban su tratamiento con éxito, es decir, llegaban tener un hijo (53).

Por supuesto, después de terminar el tratamiento y los fracasos sucesivos, las parejas intentan adaptarse a su situación de infertilidad (55, 57). Sin embargo, seis meses después del primer fracaso, el tratamiento es más estresante y su depresión y ansiedad aumenta (59, 72). La reacción de la pareja frente a la infertilidad puede ayudar a que los métodos se asimilen de manera diferente. Las mujeres muestran reacciones emocionales más fuertes que los hombres, de modo que se manifiesta una mayor depresión en ellas (54).

Por otro lado, un estudio indicó que el éxito o el fracaso del tratamiento de la infertilidad no puede influir en la relación de pareja tal, ya que incluso el éxito no puede ser considerado como el fundamento para la estabilidad de la relación marital. Más bien, es la infertilidad inducida por la división de estrés entre la pareja la que determina la estabilidad. (58,60, 61).

Si después de un tratamiento antirretroviral sin éxito las mujeres se enfocan en nuevas metas en la vida y se ajustan a las nuevas condiciones, su depresión y ansiedad disminuirán, pero en caso de continuar el tratamiento y no ser compatibles con las nuevas condiciones, se verán afectadas psicológicamente (52, 57).

5.3 SALUD PSICOLÓGICA

La salud psicológica y mental de la pareja infértil afecta su capacidad para adaptarse a la infertilidad, los pasos del tratamiento, el embarazo y desempeñar el papel de los padres después de un tratamiento fructífero; Las estrategias de adaptación, los rasgos personales, los apoyos familiares y sociales generan la confianza de la pareja y reducen la infertilidad resultante de las angustias psicológicas y pueden crear más satisfacción con respecto a su vida (62-67).

También, en otra investigación realizada sobre parejas estériles iraníes, se observó que casi el 10% de ellos experimentó altos grados de depresión y ansiedad, en

particular las amas de casa; Además, la prevalencia de la depresión en las mujeres infértiles se ha informado que puede alcanzar entre el 5-50%, donde se ha observado que la duración de la infertilidad está relacionada con la educación y el empleo y, por último, la depresión y la decepción conducen a la disminución de la alegría de la pareja en las mujeres (71-73).

Por otro lado, el estudio de Gulseren et al. (66) notificaron que la depresión de las mujeres infértiles y la ansiedad, es superior a la de las fértiles. Pero acerca de la incidencia en la relación de pareja de estos dos grupos, no se ha observado ninguna diferencia significativa (71, 72, 88). Las diferencias intrapersonales, incluyendo el apego de la pareja, la personalidad, las relaciones interpersonales y el apoyo social influyen en la compatibilidad psicológica de los individuos con infertilidad y el ajuste marital (78,79).

Por un lado, cuanto más la pareja esté de acuerdo en aceptar condiciones de vida difíciles y su percepción de infertilidad, mayor será su satisfacción marital (84). Aceptar el estilo de vida sin hijos resulta en el ajuste marital, en particular en los hombres (60, 74, 68). En general, muchos de ellos utilizan estrategias de afrontamiento basadas en problemas, mientras que los individuos psicológicamente desordenados aplican estrategias de afrontamiento basadas más en la emoción (85, 86).

5.4 CALIDAD DE VIDA

Factores como la edad (debido a una mejor salud física), las cirugías previas en el sistema genital, la FIV previa (debido a un trauma), la educación y la mala relación sexual pueden influir en la calidad de vida (89). Además, parece que la infertilidad ejerce efectos iguales en la calidad de vida de las mujeres y los hombres (72).

Para mantener un tratamiento integral de la infertilidad, es esencial que la pareja tenga una calidad de vida satisfactoria porque, al afectar la satisfacción sexual y marital, puede influir en la calidad de vida de la pareja (71, 81-83, 56).

La baja calidad de vida y la falta de satisfacción conyugal pueden llevar al divorcio (79). Por lo tanto, en última instancia se puede concluir que la calidad de vida y la satisfacción conyugal y la satisfacción sexual pueden tener efectos entre sí (63, 68, 81).

5.5 APOYO PSICOLÓGICO, SOCIOECONÓMICO Y FAMILIAR

Entre los individuos infértiles, aquellos bajo presión familiar han informado de depresión más severa que los que están libres de esta presión; Por otro lado, estos individuos pueden sentirse agredidos o defraudados por su pareja o familia y recurrir a varios compañeros para la gestación y debido a relaciones sexuales sin protección, estar expuestos a enfermedades venéreas (82-84,87).

En algunas culturas, la infertilidad se ve como el estigma, ya sea en aquellos que seleccionan el estilo de vida sin hijos o los que tienen problemas de infertilidad diagnosticados médicamente. En consecuencia, esta cuestión crea mayor estrés para los infértiles que a su vez pueden tener un impacto negativo en sus relaciones maritales y sexuales.

Por otra parte, el asesoramiento puede tener un efecto positivo en la vida sexual y conyugal de la persona, y al final, en la calidad de vida de la pareja (68). Ser culpado por otros y no ser apoyado por el cónyuge puede generar presión psicológica y hacer decaer la relación, pero el estado socioeconómico de la familia puede tener un efecto positivo sobre la satisfacción de la pareja como resultado de la construcción de seguridad para los gastos de tratamiento (61-65).

También se ha visto que los apoyos psicológicos y sociales por medio de la capacitación y la consulta pueden afectar el estatus psicológico de la pareja estéril y reducir su estrés (86, 55, 59, 61, 65, 67, 57, 66, 69).

5.6 FUNCIÓN SEXUAL

Un estudio implica que existe una relación positiva entre la duración del matrimonio y la calidad de las experiencias sexuales en las parejas infértiles. Los hombres infértiles declararon que tienen más problemas en comparación con las mujeres en cuanto a la calidad de las experiencias sexuales, pero no se ha descubierto una relación significativa entre los dos grupos control y estériles en términos de función sexual. Tanto las mujeres como los hombres infértiles plantean problemas relacionados con el acuerdo mutuo, incluyendo menos acuerdo para expresar sus emociones en comparación con el grupo control (82).

La mayoría de las parejas infértiles expresan la falta de satisfacción sexual, ya que la infertilidad produce tres efectos significativos el de cubrir el coito programado, ver los encuentros sexuales como un medio para un fin y no como un fin en sí mismo, y la pérdida de privacidad ante el médico. El acto de la cópula en sí mismo recuerda a la pareja de su condición de infertilidad (55, 83, 84, 87). Las emociones negativas experimentadas en las mujeres provocan desorden sexual a la vez que en el interés sexual, el deseo sexual, la excitación sexual, el orgasmo, la satisfacción sexual y la actividad sexual, mientras que en los hombres conducen más a la eyaculación y la erección retrasadas (68, 77, 82-84).

Por otro lado, una buena satisfacción sexual indica la salud física y psicológica resultante de la satisfacción del matrimonio (84). La mejora de la satisfacción sexual y el ajuste marital, se ha demostrado eficaz en las mujeres con mayor imagen corporal y como una de las soluciones para reducir el problema sexual y el conflicto marital en las mujeres infértiles (87, 77).

6. CONCLUSIONES

El presente estudio se centra en los factores psicosociales asociados con la experiencia de la infertilidad en las parejas. En nuestros estudios extraídos, encontramos un gran número de diferencias que afectan a varios factores en la experiencia de la infertilidad y la satisfacción conyugal. Nuestros resultados implican que los factores demográficos pueden ser una de las partes más importantes a la

hora de afrontar la infertilidad, y conservar la satisfacción marital con factores influyentes como el trabajo que puede ejercer un efecto positivo en la pareja de contentamiento debido a la posición social; Algunos estudios en nuestra revisión han rechazado el impacto directo de la infertilidad en la pareja y han sostenido que las posibles incidencias en la mismas se deben más a los factores psicológicos y demográficos que afectan a la infertilidad.

Se ha podido extraer que los factores de infertilidad masculinos generan respuestas negativas adicionales en las relaciones sexuales, mucho más que los factores femeninos y finalmente afecta la satisfacción conyugal, porque descubrimos que, en comparación con las mujeres, los hombres están menos inclinados a expresar sus problemas de infertilidad y, como resultado omiten la búsqueda de ayuda o tratamiento, teniendo así que tolerar más carga psicológica. Por otro lado, los hombres consideran la infertilidad casi igual a la masculinidad reducida y lo temen en la sociedad como estigma.

Además, hemos podido observar que la duración de la infertilidad (que oscila entre 3 y 6 años con el mayor efecto de destrucción), el tipo y el número de fallos en el tratamiento pueden influir en la satisfacción de modo que cuanto más los tiempos de fracaso y más invasivo el tratamiento es, mayor será el impacto destructivo sobre la experiencia de la pareja. Incluso si el tratamiento para la infertilidad tiene éxito, no garantizará la satisfacción marital en las parejas infértiles, a colación varios estudios han corroborado que cuanto más estable es la persona en términos de rasgo de personalidad y más sana psicológica y espiritualmente, mejor se realizarían en la aceptación y el ajuste, lo que es corroborado por los hallazgos de este estudio

Algunos estudios han podido constatar que la calidad de vida y la experiencia de las parejas infértiles, puede verse impactada bilateralmente por ellos mismos. Los que tienen mayor calidad de vida también se benefician de una mayor satisfacción conyugal. Asimismo, aquellos con mayor satisfacción marital sobreestiman su calidad de vida.

Otro factor importante que hemos constatado es la importancia de diferentes tipos de apoyo en la vida matrimonial en parejas infértiles. Se ha observado la influencia

positiva en las parejas y la experiencia al recibir apoyo psicológico, social, económico y familiar, mostrando éstas más satisfacción que las parejas infértiles que no constan de ninguna ayuda.

Encontramos que, además de la función sexual, la calidad de las relaciones sexuales puede afectar la satisfacción de las parejas, ya que la mayoría de las veces, las parejas infértiles no tienen problemas en la función sexual, pero debido al estrés mental y el conflicto en la maternidad su relación sexual se deteriora. Sin embargo, algunos estudios han informado que la infertilidad puede inducir tales disfunciones sexuales como la disminución de la libido, la excitación y la disfunción del orgasmo en las mujeres y la eyaculación precoz y la disfunción eréctil en los hombres.

La presente revisión muestra que la calidad de las relaciones sexuales puede desempeñar un papel como un factor que influye en la satisfacción conyugal, no sólo la función sexual. Debido a que la mayoría de las veces la pareja tiene problemas en la función sexual más bien debido al estrés, su calidad de relaciones sexuales se deteriora. Sin embargo, algunos estudios han indicado que la infertilidad puede crear un trastorno de la función sexual en las mujeres en forma de menor deseo sexual, trastorno en la excitación y el orgasmo y en los hombres, como el trastorno en la erección y la eyaculación temprana.

En definitiva, los resultados de este estudio de revisión describen que varios factores desempeñan un papel en la creación de la satisfacción de la vida matrimonial en una pareja infértil para que prestar atención a ellos puede desempeñar un papel importante en la continuación de su tratamiento.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gavrilov, L. A., y Heuveline, P. Aging of population. *The encyclopedia of population*, 2003, vol. 1, p. 32-37.
2. Lee, R. D., y Mason, A. (Eds.). El envejecimiento de la población y la economía generacional: Resultados principales. 2011.
3. Bloom, D. E., y Canning, D. Population health and economic growth. *Health and growth*, 2009, p. 53.
4. Bloom, D. E., Canning, D., y Sevilla, J. The effect of health on economic growth: a production function approach. *World development*, 2004, vol. 32, no 1, p. 1-13.
5. Omran, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 2005, vol. 83, no 4, p. 731-757.
6. Mason, A. Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries. En *United Nations expert group meeting on social and economic implications of changing population age structures*. 2005.
7. Ortman, J.., et al. An aging nation: the older population in the United States. Washington, DC: US Census Bureau, 2014, p. 25-1140.
8. HARPER, Sarah. *Ageing societies*. Routledge, 2014.
9. Harper, S. Economic and social implications of aging societies. Science, 2014, vol. 346, no 6209, p. 587-591.
10. INE. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. *Recuperada de http://www. ine. es/dynt3/inebase/es/index. html*, 2014.

11. Redondo, R. *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*. Alianza Editorial, 2014.

12. Cardona Arango, D.; Peláez, E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. Revista Salud Uninorte, 2012, vol. 28, no 2, p. 335-348.

13. Mason, K. Explaining fertility transitions. *Demography*, 1997, vol. 34, no 4, p. 443-454.

14. Manenova, V. S. Fecundidad, trabajo y educación de la mujer en el Estado de México, 1990. 2016.

15. Mills, M., et al. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. Human reproduction update, 2011, vol. 17, no 6, p. 848-860.

16. Kohler, H. P., Billari, F. C., y Ortega, J. A. Low fertility in Europe: Causes, implications and policy options. The baby bust: Who will do the work, 2006, p. 48-109.

17. Hoyos Montes, N., et al. Causas y consecuencias del retraso en la edad reproductiva en España y Europa. 2015. Tesis de Licenciatura.

18. Habbema, J. Dik F., et al. The effect of in vitro fertilization on birth rates in western countries. Human Reproduction, 2009, vol. 24, no 6, p. 1414-1419.

19. Easterlin, R. Birth and fortune: The impact of numbers on personal welfare. University of Chicago Press, 1987.

20. Becker, G. y Barro, R. reformulation of the economic theory of fertility. The Quarterly Journal of Economics, 1988, vol. 103, no 1, p. 1-25.

21. Ermisch, J. Econometric analysis of birth rate dynamics in Britain. The Journal of Human Resources, 1988, vol. 23, no 4, p. 563-576.

22. Maruani, M. Trabajo y el empleo de las mujeres. Editorial Fundamentos, 2002.

23. Cordero, J. El espaciamiento de los nacimientos: una estrategia para conciliar trabajo y familia en España. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis), 2009, vol. 128, no 1, p. 11-33.

24. Davia, M.A y Legazpe, N. Factores determinantes en la decisión de tener el primer hijo en las mujeres españolas. Papeles de población, 2013, vol. 19, no 75, p. 183-212.

25. NÍ Bhrolcháin, M. y Beaujouan, É. Fertility postponement is largely due to rising educational enrolment. Population studies, 2012, vol. 66, no 3, p. 311-327.

26. Dyer, S., Chambers, G. M., De Mouzon, J., Nygren, K. G., Zegers-Hochschild, F., Mansour, R., Adamson, G. D.International committee for monitoring assisted reproductive technologies world report: assisted reproductive technology 2008, 2009 and 2010. Human Reproduction, 2016, p. dew082.

27. OMS. Infertilidad. http://www.who.int/topics/infertility/es/

28. ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES. Disponible online. 2012. Recuperado en diciembre de 2016. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf

29. Hull, M. G., et al. Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. Br Med J (Clin Res Ed), 1985, vol. 291, no 6510, p. 1693-1697.

30. Lis, R., Rowhani-Rahbar, A., y Manhart, L. E. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. Clinical Infectious Diseases, 2015, vol. 61, no 3, p. 418-426.

31. Ljubin-Sternak, S., y Meštrović, T. . Chlamydia trachomatis and genital mycoplasmas: pathogens with an impact on human reproductive health. Journal of pathogens, 2014, vol. 2014.

32. Shamsi, M. B., Imam, S. N., y Dada, R. Sperm DNA integrity assays: diagnostic and prognostic challenges and implications in management of

infertility. Journal of assisted reproduction and genetics, 2011, vol. 28, no 11, p. 1073-1085.

33. Jangir, R. y Jain, G. C. Diabetes mellitus induced impairment of male reproductive functions: a review. Current diabetes reviews, 2014, vol. 10, no 3, p. 147-157.

34. Tersigni, C., Castellani, R., De Waure, C., Fattorossi, A., De Spirito, M., Gasbarrini, A., ... y Di Simone, N. Chiara, et al. Celiac disease and reproductive disorders: meta-analysis of epidemiologic associations and potential pathogenic mechanisms. Human reproduction update, 2014, p. dmu007.

35. Reichman, D. E., White, P. C., New, M. I., y Rosenwaks, Z.Fertility in patients with congenital adrenal hyperplasia. Fertility and sterility, 2014, vol. 101, no 2, p. 301-309.

36. van den Boogaard, E., Vissenberg, R., Land, J. A., van Wely, M., van der Post, J. A., Goddijn, M., y Bisschop, P. H. Significance of (sub) clinical thyroid dysfunction and thyroid autoimmunity before conception and in early pregnancy: a systematic review. Human reproduction update, 2011, vol. 17, no 5, p. 605-619.

37. Mendiola, J., Torres-Cantero, A. M., Moreno-Grau, J. M., Ten, J., Roca, M., Moreno-Grau, S., y Bernabeu, R.Exposure to environmental toxins in males seeking infertility treatment: a case-controlled study. Reproductive biomedicine online, 2008, vol. 16, no 6, p. 842-850.

38. PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, et al. Smoking and infertility. Fertility and sterility, 2006, vol. 86, no 5, p. S172-S177.

39. Lessey, B. Medical management of endometriosis and infertility. Fertility and sterility, 2000, vol. 73, no 6, p. 1089-1096.

40. Adamson, G. D., et al. The number of babies born globally after treatment with the assisted reproductive technologies (ART). Fertility and Sterility, 2013, vol. 100, no 3, p. S42.

41. Mansour, R., Ishihara, O., Adamson, G. D., Dyer, S., de Mouzon, J., Nygren, K. G. y Zegers-Hochschild, F. . International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies world report: assisted reproductive technology 2006. Human Reproduction, 2014, vol. 29, no 7, p. 1536-1551.

42. Roa Meggo, Y. Infertilidad y nuevas tecnologías reproductivas en el Perú: un abordaje psicosocial. Rev. peru. obstet. enferm, 2007, vol. 3, no 1, p. 73-79.

43. Uribelarrea, L.M.. El impacto psicológico de la infertilidad. Papeles del Psicólogo, 2008, vol. 29, no 2, p. 158-166.

44. Moreno Rosset, C., et al. La Psicología de la Reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. Clínica y Salud, 2009, vol. 20, no 1, p. 79-90.

45. Parada Muñoz, L.M.. Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. Diversitas: Perspectivas en psicología, 2006, vol. 2, no 1, p. 149-158.

46. Moura-Ramos, M., et al. The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. Psychology y health, 2012, vol. 27, no 5, p. 533-549.

47. Samadaee-Gelehkolaee, K., et al. Factors Associated With Marital Satisfaction in Infertile Couple: A Comprehensive Literature Review. Global journal of health science, 2016, vol. 8, no 5, p. 96.

48. Galhardo, A., Cunha, M., y Pinto-Gouveia, JMindfulness-based program for infertility: Efficacy study. Fertility and sterility, 2013, vol. 100, no 4, p. 1059-1067.

49. Díaz Bernal, Z., y García Jordá, D.Percepción sobre la prestación de servicios de atención a la infertilidad desde una mirada antropológica. Revista Cubana de Salud Pública, 2013, vol. 39, p. 850-863.