

2. Apoyo psicoemocional en tratamientos de reproducción asistida. Intervención de la enfermería en el estrés y ansiedad

PSYCHO-EMOTIONAL SUPPORT IN ASSISTED REPRODUCTION TREATMENTS. INTERVENTION OF NURSING IN STRESS AND ANXIETY

Pilar Fernández Rivas

Graduada en Enfermería por la Universidad de Castilla – La Mancha.

RESUMEN

Introducción: En los tratamientos de reproducción asistida se vuelve de suma importancia el abordaje emocional, debido a los altos niveles de estrés y ansiedad. La fertilidad y la esterilidad tiene un impacto psicológico en el que la enfermería juega un papel fundamental como soporte emocional y facilitador de dicho proceso. Se observan nuevas realidades debido a los cambios en las familias. El objetivo del presente trabajo es conocer las diferentes estrategias en el apoyo emocional y el rol que desempeña la enfermería en su mejoría.

Metodología: Revisión bibliográfica con búsqueda en las diferentes bases de datos como Pubmed, SciElo, con artículos de los últimos cinco años.

Resultados: Los estudios revisados indican una evidencia de altos niveles de estrés y ansiedad en las diferentes etapas del tratamiento, en especial durante la estimulación ovárica, betaespera y la entrega de los resultados. Las mujeres presentan una mayor carga emocional, mientras que los hombres experimentan un mayor sufrimiento psicológico, en la mayoría de las ocasiones invisibilizado. En las parejas homosexuales se detectan barreras específicas como lo son la discriminación institucional, unido a la escasa representación en los protocolos y las limitaciones legales según el país. Entre las estrategias de enfermería a destacar se encuentran la contención emocional, escucha activa, educación adaptada, seguimiento continuo y creación de espacios seguros.

Conclusión: El acompañamiento emocional por parte del equipo de enfermería es esencial para mejorar la experiencia del paciente durante el tratamiento de reproducción asistida, un enfoque más inclusivo y humanizado basado en la evidencia permite reducir los niveles de estrés y ansiedad y fortalecer el vínculo terapéutico junto a la adherencia al tratamiento. La formación continuada en diversidad y salud emocional, junto a la implementación de protocolos adaptados son acciones fundamentales que debe asumir el equipo de enfermería.

Palabras clave: Reproducción asistida, apoyo emocional, estrés y ansiedad, contención emocional, escucha activa, educación adaptada, protocolos inclusivos, vínculo terapéutico.

ABSTRACT

Introduction: In assisted reproduction treatments, the emotional approach becomes of utmost importance, due to its high levels of stress and anxiety. Fertility and sterility have a psychological impact in which nursing plays a fundamental role as emotional supporter and facilitator of this process. New realities are observed due to changes in families. The objective of this study is to learn the different strategies in emotional support and the role played by nursing in its improvement.

Methodology: Bibliographic review with search in different databases such as Pubmed, SciElo, with articles from the last five years.

Results: The studies reviewed indicate evidence of high levels of stress and anxiety in the different stages of treatment, especially during ovarian stimulation, beta-waiting and delivery of results. Women have a greater emotional burden, while men experience greater psychological suffering, in most cases invisible. In homosexual couples, specific barriers are detected, such as institutional discrimination, together with the almost null representation in the protocols and legal limitations depending on the country. Among the nursing strategies to be highlighted are emotional containment, active listening, adapted education, continuous monitoring and the creation of safe spaces.

Conclusion: Emotional support by the nursing team is essential to improve the patient's experience during assisted reproduction treatment, a more inclusive and humanized evidence-based approach allows reducing stress and anxiety levels and strengthening the therapeutic bond together with adherence to treatment. Continuous training in diversity and emotional health, together with the implementation of adapted protocols are fundamental actions that the nursing team must assume.

Keywords: Assisted reproduction, emotional support, stress and anxiety, emotional containment, active listening, adapted education, inclusive protocols, therapeutic bond.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la infertilidad se define como la incapacidad de la pareja de conseguir finalizar la gestación de forma satisfactoria, mientras que la esterilidad se considera la incapacidad de la pareja para conseguir un embarazo tras un año de exposición regular al coito y sin uso de anticonceptivos.¹

Además, se puede definir como una enfermedad del sistema reproductivo que conlleva implicaciones tanto psicológicas como sociales, el diagnóstico puede generar sentimientos de fracaso, aislamiento, tristeza profunda e incluso trastornos depresivos que afecta a las mujeres, las parejas y el entorno familiar.¹

Por ello la infertilidad se convierte en una experiencia profundamente estresante que puede generar problemas de salud mental como lo son la depresión, la ansiedad, sentimientos de pérdida e incluso síndrome de estrés posttraumático.²

En muchos casos los términos de infertilidad y de esterilidad se usan como si fueran sinónimos.²

Las mujeres que se someten a reproducción asistida tienen a experimentar un ciclo emocional muy marcado por emociones muy diferenciadas como la esperanza, la incertidumbre y en algunas ocasiones desesperanza, además este estrés crónico afecta negativamente al eje hipotálamo – hipófisis – gónada, interfiriendo negativamente en la ovulación y reduciendo así las tasas de éxito.²

El estrés asociado a los tratamientos de reproducción asistida tiene una causa multifactorial, ya que no solo experimenta un reto físico, sino que también tienen una carga emocional muy importante para las personas que lo atraviesan, diferentes investigaciones han demostrado que este proceso genera altos niveles de estrés y ansiedad, especialmente en las mujeres.³

El estrés involucra la presión del tiempo biológico, además del deseo en la maternidad y en la paternidad, unido a la incertidumbre de los resultados, el impacto económico del

tratamiento y la alta carga hormonal del tratamiento. El estrés experimentado es continuo, ya que se experimenta antes, durante y después de cada ciclo terapéutico, especialmente cuando los tratamientos son prolongados y fallidos.⁴

La ansiedad también es de las emociones más frecuentes en este tipo de tratamiento, los síntomas se manifiestan con insomnio, irritabilidad, pensamientos catastróficos, dificultad para concentrarse y somatización. Los picos de ansiedad se observan en:

- La espera de resultados de la beta hCG ("betaespera").
- La fase de estimulación ovárica.
- La consulta médica donde se comunica el éxito o fracaso del ciclo.³

Los factores que agravan el impacto emocional son la infertilidad de larga duración, los múltiples ciclos fallidos, la ausencia de una red de apoyo, los trastornos psicológicos previos, estigmatizaciones sociales y la presión cultural.⁴

El estrés que se experimenta de forma crónica y no tratado puede llevar a síntomas depresivos, disfunciones conjugales y abandono del tratamiento.⁴

Las causas de la esterilidad de la infertilidad se clasifican según el sexo de la persona afectada, aunque en algunos casos existen factores combinados o idiopáticos que no tienen una causa identificable.⁵

- Causas femeninas
 - Trastornos ovulatorios
 - » Anovulación o disovulación, hace referencia a los ciclos menstruales irregulares o ausentes.
 - » Síndrome de ovario poliquístico (SOP)
 - » Insuficiencia ovárica prematura, también conocida como menopausia precoz.
 - » Disfunciones del eje hipotálamo – hipófisis – ovario.⁵

Tabla 1. Diferencias entre esterilidad e infertilidad.¹

Criterio	Esterilidad	Infertilidad
Definición	Incapacidad para lograr una gestación.	Incapacidad para llevar a término una gestación (embarazos no evolutivos).
Tipo de problema	Problema en la concepción.	Problema en el mantenimiento del embarazo.
Fertilización	No ocurre la fecundación.	La fecundación ocurre, pero no se completa el desarrollo gestacional.
Causa más común	Fallos ovulatorios, ausencia de espermatozoides, trompas obstruidas.	Aborto recurrente, fallos de implantación, alteraciones hormonales.
Diagnóstico	Se confirma cuando no se logra embarazo tras 12 meses de relaciones sin protección.	Se diagnostica por abortos espontáneos recurrentes o pérdida gestacional.
Tratamiento	Técnicas de reproducción asistida, corrección quirúrgica, inducción ovulación.	Seguimiento ginecológico, terapias hormonales, técnicas de soporte gestacional.
Reversibilidad	Puede ser permanente o reversible dependiendo de la causa.	Generalmente reversible con tratamiento adecuado.

- Alteraciones tubáricas
 - » Obstrucción o daño en las trompas de Falopio, esto puede deberse a infecciones como la enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis o cirugías pélvicas.
 - » Hidrosalpino (acumulación de líquido en la trompa, tóxico para el embrión).⁵
- Factor uterino
 - » Malformaciones congénitas, como lo son útero septado, bicorneo.
 - » Miomas submucosos.
 - » Pólipos endometriales.
 - » Sinequias, como lo son las adherencias intrauterinas, como el síndrome de Asherman.⁵
- Endometriosis
 - » Presencia del tejido endometrial fuera del útero que puede afectar ovarios, trompas de Falopio, peritoneo, generando una inflamación y distorsión anatómica.⁵
- Factor cervical
 - » Alteraciones en el moco cervical dificultando el ascenso de los espermatozoides.
 - » Infecciones o intervenciones quirúrgicas.⁵
- Edad maternal avanzada
 - » A partir de los 35 años de edad disminuye la calidad y la cantidad de los ovocitos, afectando así la fertilidad femenina.⁵
- Causas masculinas
 - Alteraciones en el semen
 - » Oligospermia: Baja concentración de espermatozoides.
 - » Astenospermia: Baja movilidad espermática.
 - » Teratospermia: Alta proporción de espermatozoides con morfología anormal.
 - » Azoospermia: Ausencia total de espermatozoides.⁵
 - Disfunción testicular
 - » Varicocele (dilatación de las venas del cordón espermático).
 - » Criptorquidia (testículos no descendidos).
 - » Infecciones testiculares (como orquitis).
 - » Trauma o torsión testicular.⁵
 - Alteraciones hormonales
 - » Hipogonadismo.
 - » Déficit de testosterona o de gonadotropinas.⁵
 - Obstrucción de los conductos deferentes
 - » Congénitas o adquiridas por infecciones como la clamidia, cirugías, etc.⁵
 - Eyaculación retrograda o disfunción eréctil
 - » Imposibilidad de depositar el semen en la vagina durante el coito.⁵
 - Exposición a tóxicos

Tabla 2. Principales causas de la esterilidad y de la infertilidad.⁵

Categoría	Causas femeninas	Causas masculinas
Ovulatorias / espermáticas	Anovulación / disovulación SOP Insuficiencia ovárica precoz Disfunción del eje hormonal	Oligospermia / Azoospermia Astenospermia / Teratospermia Hipogonadismo
Tubáricas / conductuales	Obstrucción de trompas Hidrosalpinx EPI o endometriosis	Obstrucción de conductos deferentes Infecciones Trauma testicular
Uterinas / anatómicas	Malformaciones uterinas Miomas submucosos Pólipos o sinequias	Varicocele Criptorquidia
Cervicales / funcionales	Alteraciones del moco cervical Infecciones Cirugías cervicales	Eyaculación retrógrada Disfunción eréctil
Endometriosis / inflamación	Endometriosis pelviana o ovárica	Inflamación testicular (orquitis)
Edad y estilo de vida	Edad >35 años Tabaquismo / alcohol Estrés Bajo IMC	Tóxicos ambientales Calor excesivo Drogas / alcohol
Idiopática (sin causa conocida)	10–15% de los casos	10–15% de los casos

- » Alcohol, tabaco, drogas, pesticidas, calor excesivo (uso frecuente de sauna), exposición ocupacional a metales pesados.⁵
- Causas combinadas o mixtas
 - » Ambos miembros de la pareja presentan alteraciones que afectan a la fertilidad.
 - » Son muy comunes por ello se recomienda realizar el estudio a ambos miembros de la pareja desde el inicio del tratamiento.⁵
- Infertilidad idiopática
 - » Son los casos en los que, tras un estudio completo, no se logra identificar una causa específica. Representa hasta el 10–20% de los casos.⁵

Los tratamientos de reproducción asistida representan una esperanza para la mujer y la pareja de lograr un embarazo, el cual no han podido conseguirlo por medios naturales, pero esto implica un proceso emocional muy desafiante.²

Las etapas que conforman el tratamiento van desde la estimulación ovárica, punción folicular, fertilización, transferencia embrionaria y la betaespera, estas etapas están asociadas a elevados niveles de estrés y ansiedad.⁵

Esta incertidumbre es inherente a cada etapa y cada ciclo pudiendo producirse recaídas emocionales ante los resultados negativos y el tiempo prolongado de espera, además de los efectos secundarios que pueden constituir factores de riesgo psicológico relevantes.⁶

Muchos estudios han evidenciado que el proceso de reproducción asistida genera una montaña rusa de emociones, conlleva oscilaciones desde la primera fase de optimismo, agotamiento físico y emocional e incluso desilusión si producen múltiples intentos fallidos.⁵

Múltiples estudios nos indican que entre el 25 y el 60% de las mujeres que se someten a un tratamiento de reproducción asistida presentan altos niveles de ansiedad y depresión. La situación puede agravarse en los casos en el que la cultura presiona a las pacientes o que existe una estimación.^{2,6}

El impacto psicológico no desaparece cuando finaliza el tratamiento sea cual sea el resultado. En los casos de éxito pueden persistir muchos temores principalmente los relacionados con la viabilidad del embarazo. En los casos que no se logra concebir, es común que aparezca el duelo, complicado o crónico.²

La falta de apoyo emocional durante estas fases provoca una disminución en la adherencia del tratamiento, abandono prematuro o deterioro de la calidad de la paciente.⁵

El reconocimiento de este impacto emocional ha llevado a muchos centros de fertilidad a incluir evaluaciones psicológicas y programas de apoyo emocional, aunque en la actualidad aún existen barreras estructurales y culturales que dificultan la atención verdaderamente integral. El rol de la enfermería desempeña un papel clave por la cercanía con los pacientes, la capacidad de escucha activa y la detección precoz de malestar emocional.⁶

La enfermería, por su naturaleza, resulta crucial en el acompañamiento de los pacientes que se encuentran sometidos a procesos de reproducción asistida.⁷

El personal de enfermería desempeña un papel importante en la atención integral durante los tratamientos de reproducción asistida, que conlleva mucha cercanía y continuidad en el cuidado de las mujeres, por lo que, permite identificar los niveles de ansiedad y así proporcionar las intervenciones oportunas.⁷

Una de las funciones en las que el personal de enfermería está inmerso, es la práctica clínica y las diferentes técnicas de la reproducción asistida, a pesar de ello, una de las funciones más importantes es el apoyo emocional, ya que se encargan de facilitar la adaptación de los pacientes en el proceso y contribuyen a mejorar la calidad de vida.⁷

Las enfermeras se encargan de establecer una relación cercana y continuada con los pacientes y los familiares, esto permite identificar los signos y síntomas de estrés, ansiedad y depresión, favoreciendo así un entorno de confianza en el que los pacientes pueden manifestar las inquietudes y sus emociones, permitiendo su canalización al personal de salud mental correspondiente.⁸

Diversos estudios destacan la importancia de la empatía y la sensibilidad de los profesionales en el quirófano de reproducción asistida, ya que, un entorno de confianza y de apoyo emocional puede resultar muy benéfico.⁸

Las intervenciones de enfermería se extienden a la educación y orientación de los pacientes. Las enfermeras se encargan de proporcionar la información de manera clara y comprensible sobre los diferentes procedimientos, reduciendo así la incertidumbre y el miedo asociado al tratamiento.⁸

Además, cuentan con la capacidad para ofrecer estrategias para el manejo del estrés y la ansiedad, individualizando las necesidades a cada paciente.⁷

La formación especializada en estos tratamientos es fundamental para que el personal pueda desempeñar de forma eficaz el rol en el apoyo psicoemocional.⁷

La implicación del personal de enfermería en la atención emocional tiene un impacto positivo en la satisfacción de los pacientes y la adherencia al tratamiento.⁸

Diversos estudios demuestran que la consulta de enfermería basada en la teoría del autocuidado puede llegar a reducir de forma significativa el estrés percibido y así aumentar la autoeficiencia en mujeres con infertilidad.⁸

Los tratamientos de reproducción asistida comprenden un conjunto de técnicas biomédicas que son utilizadas para facilitar o sustituir los procesos naturales de la reproducción en personas que tienen las dificultades para concebir.⁹

Las técnicas han ido evolucionando de forma significativa en las últimas décadas, convirtiéndose en una herramienta fundamental en la atención de la esterilidad femenina y masculina.⁹

El desarrollo de la reproducción asistida está acompañado de avances en la embriología, endocrinología, reproductividad, genética y bioética, esto nos permite mayores tasas de éxito y personalización de los tratamientos según el perfil de los pacientes. Las diferentes técnicas de reproducción asistida son:⁹

- Inseminación artificial: Es una técnica de baja complejidad, que está indicada en casos de infertilidad de origen desconocido, en las alteraciones leve del semen y en las disfunciones ováricas. La técnica consiste en la introducción de los espermatozoides que han sido seleccionados previamente y capacitados en la cavidad uterina que coincide en el momento de la ovulación. Las modalidades que existen son ⁹:
 - Inseminación Artificial Conyugal: Utiliza en semen de la pareja. ¹⁰
 - Inseminación Artificial con Donante: Se emplea el semen de un donante, está indicado en los casos en que hay alguna malformación en el semen o no hay pareja masculina. ¹⁰
 - El procedimiento incluye la estimulación ovárica controlada, el seguimiento folicular ecográfico y la administración de hormona hCG para la inducción de la ovulación antes de que se produzca la inseminación. ¹⁰
 - Fecundación In Vitro: La técnica tiene una alta complejidad, ya que consiste en la unión de un espermatozoide y un óvulo en un laboratorio, formando así los embriones que luego serán transferidos al útero, se usa como tratamiento de elección en casos de infertilidad tubárica, endometriosis y fallos repetidos de inseminación artificial o edad materna avanzada. Las etapas del proceso son: ¹⁰
 - Estimulación ovárica: Para inducir el desarrollo de múltiples folículos. ⁹

- Punción ovárica: Extracción del ovocito mediante aspiración transvaginal estando guiado por una ecografía. ⁹
- Fecundación: Unión del óvulo y el espermatozoide en un laboratorio.
- Cultivo embrionario: Desarrollo in vitro de los embriones previamente fecundados hasta el día 3 o 5. ⁹
- Transferencia embrionaria: Introducción de los embriones en el útero para la implantación. ⁹
- Crio- preservación: Congelación de los embriones excedentes para los ciclos futuros. ⁹
- Microinyección Intracitoplasmática de Espermatozoides: Es una variante de la Fecundación In Vitro, está indicada en los casos en el que existe una alteración grave del factor masculino o fallos en la fecundación de ciclos anteriores, un solo espermatozoide es inyectado en el citoplasma del óvulo, para así incrementar la probabilidad de fertilización en los casos más complejos. ⁹
- Ovodonación: Utilización de óvulos donados por mujeres más jóvenes y sanas, normalmente menores de 35 años que serán fecundados con el semen de la pareja o de un donante. La técnica se recomienda en mujeres con fallo ovárico precoz, edad materna avanzada, enfermedad genética grave o reserva ovárica baja. La receptora necesita un tratamiento hormonal para así sincronizar su endometrio con el desarrollo embrionario. ⁹
- Preservación de la fertilidad: Tiene especial relevancia en pacientes oncológico, personas que deciden postergar la maternidad y en contextos donde hay un riesgo de pérdida de función ovárica. Las técnicas son: ⁹
 - Congelación de óvulos.
 - Congelación de semen.

Tabla 3. Tratamientos de reproducción asistida.¹⁰

Tratamiento	Descripción	Indicaciones principales	Complejidad
Inseminación artificial (IA)	Introducción de espermatozoide en el útero durante la ovulación.	Factor masculino leve, disfunción ovulatoria, infertilidad sin causa aparente.	Baja
Fecundación in vitro (FIV)	Unión de óvulo y espermatozoide en laboratorio; embrión transferido al útero.	Trompas obstruidas, endometriosis, fallos en IA, edad materna avanzada.	Alta
ICSI (inyección intracitoplasmática)	Inyección directa de un espermatozoide en el óvulo.	Factor masculino severo, fallos previos de FIV.	Alta
Donación de gametos	Uso de óvulos o espermatozoide de donante.	Fallo ovárico, azoospermia, portadores de enfermedades genéticas.	Media-alta
Diagnóstico genético preimplantacional (DGP)	Análisis genético de embriones antes de la transferencia.	Parejas con riesgo genético, abortos de repetición, edad materna avanzada.	Alta
Preservación de la fertilidad	Congelación de óvulos, espermatozoide o embriones para uso futuro.	Pacientes oncológicos, retraso en la maternidad.	Media
Gestación subrogada	Mujer gestante lleva el embarazo para otra persona o pareja.	Ausencia de útero, enfermedades graves, fallos repetidos de implantación.	Muy alta (legal y médica)

Tabla 4. Perfil de las personas que usan reproducción asistida.^{10, 11}

Característica	Descripción
Edad promedio	Mujeres: Entre 35 y 40 años. La edad avanzada es un factor común por la postergación de la maternidad.
Estado civil	Mayoritariamente parejas heterosexuales. Creciente uso por mujeres solteras y parejas del mismo sexo.
Nivel educativo	Alto porcentaje con educación universitaria o superior. El conocimiento favorece la búsqueda de opciones médicas.
Situación económica	Nivel socioeconómico medio-alto, debido al costo elevado de muchos tratamientos.
Motivación principal	Deseo de ser madre/padre biológico cuando no ha sido posible de manera natural.
Condiciones médicas asociadas	Mujeres con endometriosis, SOP, fallos ovulatorios, trompas bloqueadas. Hombres con azoospermia, oligospermia o disfunción espermática severa.
Duración de la infertilidad	Generalmente más de 12 meses intentando concebir sin éxito antes de buscar TRA.
Factores psicosociales	Alta prevalencia de estrés, ansiedad, frustración y, en algunos casos, aislamiento social.

- Congelación de embriones.
- Preservación de tejido ovárico.¹⁰
- Diagnóstico Genético Preimplantación: Es una técnica que se usa de forma complementaria a la Fecundación In Vitro, esto permite analizar genéticamente los embriones antes de la transferencia uterina, el objetivo es seleccionar los embriones que se encuentran libre de la enfermedad hereditaria o con dotaciones anormales de cromosomas, aumentando así la posibilidad de tasa de éxito y reduciendo el riesgo de aborto espontáneo.⁹

Las tasas de éxito dependen de múltiples factores como las causas de la infertilidad, la calidad de los embriones, etc. Las mujeres menores de 35 años tienen una tasa de éxito del 40% por ciclo.¹⁰

Las personas que usan los tratamientos son mujeres en edad avanzada (entre 35 – 39 años), estando con parejas heterosexuales con problemas de fertilidad, en la actualidad está aumentando las mujeres solteras y las parejas del mismo sexo. El nivel educativo suele ser medio – alto, ya que suele estar asociado a una mayor conciencia sobre las opciones reproductivas junto a una mayor capacidad económica para afrontar los costos asociados.¹¹

Entre las motivaciones y las causas médicas más comunes está la infertilidad, la edad materna avanzada y el deseo de la maternidad en solitario o entre parejas del mismo sexo.¹¹

En los casos en los que se produce múltiples tratamientos de reproducción asistida fallidos existe un gran sufrimiento psicológico dentro de la paciente y de su familia, por lo cual el presente trabajo pretende describir las mejores formas de aliviar dicho sufrimiento.

JUSTIFICACIÓN

Los tratamientos de reproducción asistida son una alternativa muy esperanzadora para muchas parejas que se enfrentan a las dificultades de concebir, a pesar de esto, dichos, procesos están altamente asociados a una fuerte

carga emocional que está marcada por sentimientos de frustración, miedo, incertidumbre e incluso ansiedad, tanto para las mujeres, sus parejas y las familias.

Muchos estudios han demostrado que las personas que se someten a estos procedimientos pueden experimentar altos niveles de estrés que son similares o superiores a los que se presentan en el diagnóstico de enfermedades crónicas o en situaciones de duelo.

El personal de enfermería se encuentra en una posición clave, ya que es el personal sanitario más cercano con los pacientes y su participación en el proceso asistencial es activa, esto permite identificar y abordar de manera precoz las necesidades emocionales de las personas durante el proceso del tratamiento.

En muchos entornos clínicos aún no se encuentra integrada de manera plena la dimensión psicoemocional como parte del cuidado integral, por ello esto puede repercutir de manera negativa en la vivencia de este proceso y en la adherencia del tratamiento.

El presente trabajo pretende justificar la necesidad de dar visibilidad y fortalecer el rol del personal de enfermería en este proceso, pero en especial en la atención psicoemocional dentro de las diferentes unidades de reproducción asistida.

Cuando se analizan las intervenciones efectivas en la gestión del estrés y de la ansiedad, se busca promover un abordaje más humano que esté centrado en el bienestar integral del paciente, alineado con los principios de calidad y calidez en la atención sanitaria.

El presente estudio contribuye a la formación y actualización del personal de enfermería, proponiendo las estrategias basadas en la evidencia para poder mejorar las experiencias emocionales de las personas que se encuentran en tratamiento de reproducción asistida.

Se aspira a poder optimizar tanto los resultados clínicos como la calidad de vida de los pacientes y familiares, pu-

Cronograma

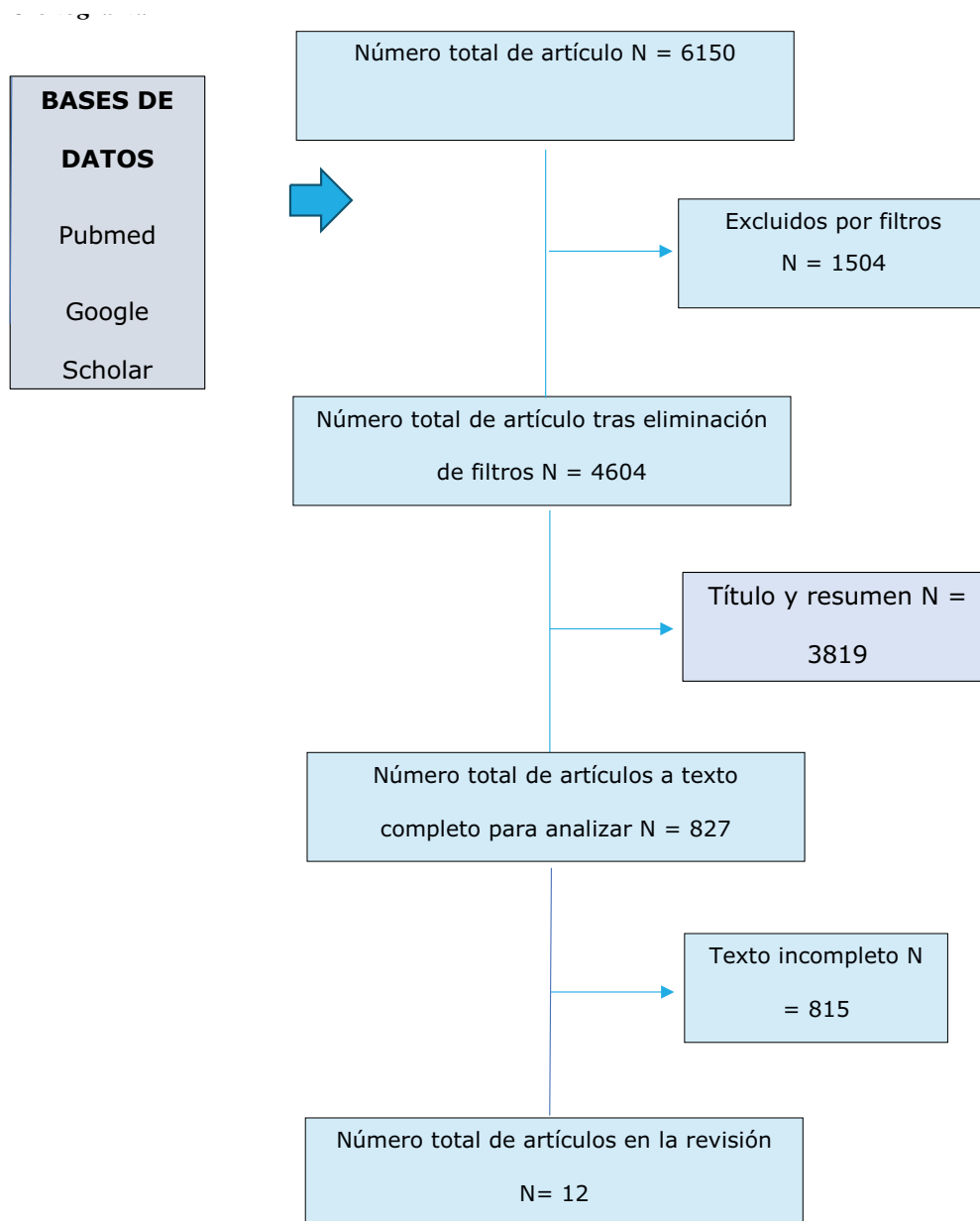


Figura 1. Diagrama de flujo de información a través de las fases de revisión narrativa.

diendo así fortalecer el enfoque de forma holística en los cuidados de la salud reproductiva.

METODOLOGÍA

Para la realización de la presente investigación bibliográfica se llevó a cabo un proceso estructurado de recopilación, análisis y síntesis de información relevante sobre la reproducción asistida, el apoyo emocional y el papel de enfermería en la cual se ha realizado una revisión en distintas bases de datos como Pubmed, Scielo y Google académico.

El estudio se ha basado en un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, que ha estado sustentado en la revisión y análisis de fuentes secundarias, con el objetivo de analizar las diferentes formas de ayudar en el apoyo psicológico durante los procesos de tratamiento de reproducción asistida. Para ello se han utilizado los siguientes términos *Mesh* y *DeCS*.

- *MeSH*: Reproducción asistida, infertilidad, esterilidad, enfermería, apoyo emocional.
- *DeCS*: Reproductive techniques, assisted, infertility, nursing, Emotional Support.

La estrategia de búsqueda se adaptó a través de la combinación de los términos de los operadores booleanos "AND" y "OR" según fue necesario.

Se establecieron diferentes criterios de exclusión e inclusión con el fin de realizar una búsqueda más específica.

Criterios de inclusión: Artículos científicos, guías de práctica clínica y protocolos que la forma más eficiente de apoyo psicoemocional en los tratamientos de reproducción asistida, artículos publicados en inglés y español, artículos con texto completo, artículos que se centren en la población femenina y artículos que estuvieran publicados

entre el año 2020 y el año 2025, además de tener en cuenta los artículos que recogían los factores emocionales asociados a la infertilidad, el rol e intervenciones de enfermería en la contención emocional y los que tuvieran en cuenta los resultados clínicos y psicológicos de estas intervenciones.

Criterios de exclusión: Artículos, protocolos y guías de práctica clínica que analizaran la forma más eficaz de apoyo psicoemocional, artículos que incluyeran animales, artículo que no tuvieran el texto completo, artículos antiguos además de estudios con opiniones no fundamentadas científicamente ni con respaldo metodológico.

Para garantizar la integridad de la investigación, se respetarán los derechos de autor mediante una citación adecuada de las fuentes consultadas, siguiendo las normas de citación establecidas.

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Analizar las diferentes intervenciones del personal de enfermería en la atención psicoemocional de los pacientes y familiares sometidos a tratamientos de reproducción asistida, con especial énfasis en el manejo del estrés y la ansiedad.

Objetivo secundario

- Identificar los principales factores generadores de estrés y ansiedad en pacientes en procesos de reproducción asistida.
- Describir las estrategias de intervención psicoemocional aplicadas por enfermería.
- Evaluar la eficacia de dichas intervenciones según la literatura científica actual.
- Proponer recomendaciones para la mejora del abordaje enfermero en este ámbito.
- Proponer mejoras en las intervenciones de salud mental para aminorar los síntomas de estrés y ansiedad.

RESULTADOS

Tras aplicar los diferentes criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 12 artículos científicos publicados entre 2019 y 2024, provenientes de distintas bases de datos como *PubMed*, *SciELO*, *CINAHL* y *Scopus*. Estos estudios abordaron principalmente el impacto emocional de los tratamientos de reproducción asistida y el papel de la enfermería en la intervención sobre el estrés y la ansiedad de los pacientes.

Apoyo psicológico en las diferentes etapas de la reproducción asistida

Las personas y las parejas que se enfrentan a los tratamientos de reproducción asistida sufren un proceso muy complejo tanto a nivel físico como a nivel emocional, gran parte de los estudios señalan que es un proceso que tiene un

gran impacto psicológico, no homogéneo, en el que varía la intensidad y las características a lo largo de las distintas etapas del tratamiento, debido a esto es fundamental el apoyo psicológico por parte de los profesionales sanitarios que se adapte a cada uno de los momentos, haciendo especial hincapié en el profesional de enfermería, ya que es un agente de contención y acompañamiento emocional.¹²

A continuación, se desarrollará el apoyo psicológico necesario en las diferentes etapas del tratamiento.

Diagnóstico de infertilidad

Recibir un diagnóstico de infertilidad es un evento altamente estresante, ya que es considerado una crisis vital que puede alterar el equilibrio emocional de las parejas involucradas y de sus familiares.¹²

El diagnóstico suele ser inesperado desestabilizando los proyectos familiares y está asociado con sentimientos de shock, negación, frustración, culpa e incluso vergüenza, en especial en las culturas donde la fertilidad está asociada a la identidad de género o éxito personal.¹²

Muchos estudios han identificado que el diagnóstico inicial eleva los niveles de estrés y de ansiedad de forma muy significativa, entre el 40 y el 60% de los pacientes desarrollan síntomas clínicos relevantes.¹²

Este diagnóstico es un proceso psicológicamente muy complejo en el que influyen múltiples factores personales, sociales, culturales y médicos. Las respuestas emocionales pueden verse intensificadas por múltiples factores⁴:

- Edad avanzada de la pareja y presión del reloj biológico, en especial las mujeres mayores de 35 años, ya que experimentan una presión añadida por la disminución de la reserva ovárica, lo cual agrava la ansiedad, pudiendo provocar la toma de decisiones de manera impulsiva y poco informadas.¹²
- Historial de pérdidas gestacionales o fallidas, las pacientes y parejas que han sufrido una gran cantidad de abortos espontáneos previos o fracasos en tratamientos anteriores tienen niveles más altos de estrés y ansiedad, además de tener más riesgo de depresión, estrés postraumático y ansiedad de manera generalizada.¹²
- Presión social y familiar, en un gran número de culturas, la maternidad se asocia a valores de realización personal, identidad de género o deber familiar. Las expectativas externas pueden intensificar este sufrimiento, en especial cuando hay comentar o cuestionarios de manera frecuente.^{3, 12}
- Problemas en la pareja, la infertilidad y la esterilidad puede tensar la relación de pareja, generando conflictos, sentimientos de culpa cruzada y disminución del deseo sexual, esta falta de apoyo mutuo y de comunicación puede exacerbar los síntomas ansiosos.¹²
- Falta de redes de apoyo emocional o de desconocimiento del proceso médico, cuando los pacientes se enfrentan al diagnóstico sin una red de contención emo-

cional adecuada ni una explicación clara de la situación es mucho más probable que desarrollen pensamientos catastrofistas, sentimiento de desesperanza y aislamiento social.¹²

El papel de la enfermería en esta etapa tiene una función esencial en la humanización de la atención de la fertilidad, ya que actúa como nexo de unión entre el equipo médico, el paciente y el entorno emocional, estas intervenciones deben de ser oportunas, empáticas y fundamentales en el conocimiento técnico como las habilidades comunicacionales y emocionales.¹²

Entre las funciones de la enfermería se encuentra:

- Contención emocional inmediata, tras la comunicación del diagnóstico es común que el paciente sea incapaz de retener la información médica debido al shock de la noticia. La enfermera se encarga de acoger de manera emocional y evitar una sobrecarga de datos en el primer momento.¹²
- Educación y orientación personalizada, aclarando los conceptos médicos (como ovulación, reserva ovárica, espermatogénesis, etc.), explicar los pasos del tratamiento y ayudar a establecer unas expectativas realistas, la labor educativa reduce el miedo a lo desconocido, lo cual disminuye en gran medida el estrés y la ansiedad.¹²
- Evaluación del estado emocional, a través de la observación o escalas validadas, la enfermera se encarga de identificar los signos de estrés, ansiedad y depresión, además de sugerir la derivación temprana a psicología o psiquiatría.¹²
- Facilitación del acceso a los recursos de ayuda, informando sobre los grupos de apoyo existentes, servicios de atención psicológica, recursos comunitarios y asociaciones de pacientes con infertilidad.
- Promoción del autocuidado y habilidades de afrontamiento, fomentando hábitos saludables, técnicas de relajación, mindfulness, estrategias de resolución de problemas y mejora de la comunicación de pareja.¹²

Abortos asociados a la infertilidad

El aborto espontáneo es la pérdida de embarazo antes de la semana 20 de gestación sin intervenciones externas, se trata de una experiencia profundamente dolorosa a nivel emocional, que provoca altos niveles de estrés y de ansiedad.¹³

El estrés y la ansiedad se pueden ver intensificados por falta de reconocimiento social del duelo, pérdidas repetidas, sentimientos de culpa o autoinculpación, reacciones de la pareja y experiencias clínicas frías o despersonalizadas.¹³

El estrés no solo afecta la salud mental, sino que puede impactar el vínculo de pareja, la salud física e incluso la adherencia a futuros tratamientos reproductivos.¹³

Las intervenciones de enfermería recomendadas son¹³:

- Comunicación empática y sin juicios, validando la significatividad de la pérdida.

- Facilitación del proceso del duelo, brindando información sobre los aspectos emocionales comunes y normalizar la experiencia sin patologizarla.
- Detección síntomas de riesgo psicológico.
- Apoyo a la pareja y a la familia, es necesario incluir el entorno cercano en el acompañamiento.
- Continuidad del cuidado.¹³

Estimulación ovárica y tratamiento

La estimulación ovárica es una de las fases críticas en los tratamientos de reproducción asistida, especialmente en las técnicas de fecundación in vitro y de inseminación artificial.¹⁴

El objetivo es inducir el desarrollo de múltiples folículos mediante hormonas exógenas para así poder aumentar la posibilidad de obtención de óvulos que sean viables.¹⁴

Aunque este proceso es eficaz en el ámbito clínico es un proceso físico y emocionalmente muy exigente, implicando varias inyecciones diarias, visitas frecuentes al centro médico, ecografías transvaginales y controles de hormonas de manera muy intensiva.¹⁵

Esta etapa genera altos niveles de estrés y ansiedad debido a múltiples factores¹⁵:

- Cambios hormonales muy abruptos provocando irritabilidad, insomnio, fatiga y síntomas depresivos.
- Incertidumbre en la respuesta del cuerpo al tratamiento.
- Miedo al fracaso del ciclo, en especial en mujeres con intentos previos.
- Presión por resultados rápidos, afectando a las mujeres, sus parejas y su entorno.
- Sensación de pérdida de control, ya que depende de los protocolos médicos estrictos y a sus resultados variables.¹⁵

Los estudios más recientes nos indican que el pico de ansiedad ocurre durante esta etapa, especialmente cuando se encuentran involucrados los factores económicos o cuando se enfrentan a tratamientos muy largos.¹⁵

El personal de enfermería juega un papel crucial en esta fase debido a la labor de acompañamiento, educación y reguladora emocional, su rol incluye¹⁵:

- Educación previa y preparación emocional:
 - Informar con claridad sobre el proceso, los posibles efectos adversos y los síntomas esperados.
 - Ayudar a anticipar escenarios para reducir esta incertidumbre.
 - Facilitar el material educativo de manera visual y accesible.¹⁵

- Apoyo emoción activo:
 - Detectar los signos y síntomas de ansiedad, estrés y frustración.
 - Enseñar técnicas de afrontamiento emocional como lo son la respiración, la relajación y la implementación de un diario emocional.
 - Fomentar la expresión de sus sentimientos sin ningún tipo de juicios ni minimizaciones.¹⁵
- Monitoreo y accesibilidad:
 - Estar disponibles para cualquier tipo de duda frecuente durante la estimulación.
 - Generar espacios seguros para hablar de los temores y dudas, incluso fuera de sus controles clínicos.¹⁵
- Coordinación interdisciplinaria:
 - Derivar oportunamente al área de psicología en casos de ansiedad elevada o angustia persistentes.
 - Trabajar junto al equipo médico para poder adaptar los tratamientos según impacto emocional del paciente.¹⁵

Transferencia embrionaria/ betaespera

La transferencia embrionaria es el momento en el que uno o más embriones se colocan en el útero una vez que están fecundados en el laboratorio.¹⁶

Esta etapa es el final del tratamiento activo de la fecundación in vitro y el inicio de un periodo de espera de entre 10 y 14 días para poder realizar la prueba de embarazo, es conocido también como betaespera.¹⁶

A pesar de no necesitar intervenciones físicas, esta fase es considerada la fase más intensa emocionalmente hablando, ya que se caracteriza por un alto grado de incertidumbre, ansiedad anticipatoria y miedo al fracaso.¹⁶

Numerosos estudios coinciden en que esta etapa concentra niveles de ansiedad comparables con el diagnóstico de una enfermedad oncológica o procedimientos invasivos, debido a¹⁶:

- Sensación de no poder hacer nada para influir en resultado.
- Hipervigilancia corporal, con interpretación ansiosas ante cualquier síntoma.
- Miedo a la repetición de un fracaso previo.
- Presión emocional acumulada tras semanas y meses de tratamiento hormonal.
- Impacto en la vida cotidiana ya que se evita actividad física, relaciones sexuales o actividades sociales por miedo a poder afectar el resultado.¹⁶

El rol de la enfermería juega un papel en el acompañamiento emocional y la gestión del estrés durante esta fase, ofreciendo una contención y claridad frente a la incertidumbre.

Las fases son:¹⁶

- Preparación anticipada:
 - Información antes de la transferencia sobre lo que implica la betaespera.
 - Aclarar que síntomas son normales y cuales requieren atención.
 - Explicar con lenguaje sencillo el significado de la beta-hCG.¹⁶
- Apoyo emocional y contención:
 - Promover el autocuidado emocional mediante el descanso, actividades placenteras, evitar la búsqueda compulsiva de resultados en internet.
 - Detectar síntomas ansiosos mediante observación o escalas breves.
 - Escuchar activamente las preocupaciones sin juzgar o minimizar.¹⁶
- Intervención oportuna:
 - Ofrecer seguimiento telefónico o digital durante los días de espera.
 - Coordinar con psicología si se identifican señales de angustia persistente o desesperanza.
 - Acompañar en la comunicación del resultado, sea este positivo o negativo.¹⁶

Resultado del tratamiento

El resultado de un tratamiento de reproducción asistida ya sea positivo o negativo representa un punto crítico en los pacientes y parejas, ya que ambos desenlaces tienen un fuerte impacto emocional¹⁶:

- Resultado positivo: Produce alegría y esperanza al mismo tiempo que ansiedad por el riesgo de aborto espontáneo o complicaciones durante el embarazo, en especial si lo ha sufrido previamente.¹⁶
- Resultado negativo: Asociado a tristeza, frustración, desesperanza, culpa y aumento de los síntomas de estrés y ansiedad. Las mujeres pueden sentir que han fallado y muchas expresan miedo a volverlo a intentar de nuevo.¹⁶

Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de tener ansiedad post-resultado:¹⁶

- Alta inversión emocional, económica y física.
- Falta de red de apoyo o de pareja no contenedora emocional.
- Ciclos repetidos sin éxito.
- Historia previa de abortos espontáneos.
- Presión social y estigmatización sobre la maternidad.¹⁶

Un porcentaje muy significativo de mujeres que reciben estos resultados negativos tienden a experimentar sín-

Tabla 5. Apoyo psicológico en las etapas del tratamiento de reproducción asistida.^{4, 12}

Etapa	Impacto emocional común	Intervenciones psicológicas y de enfermería
Diagnóstico de infertilidad	Shock, negación, tristeza, ansiedad, culpa	Escucha activa, validación emocional, información clara, orientación hacia psicología
Estimulación ovárica y tratamiento	Ansiedad anticipatoria, cambios de humor, miedo a efectos secundarios y al fracaso	Educación continua, control de expectativas, técnicas de afrontamiento, apoyo constante
Transferencia embrionaria / Betaespera	Alta ansiedad, insomnio, pensamientos negativos, angustia emocional	Seguimiento activo, mindfulness, relajación, disponibilidad emocional del equipo de enfermería
Resultado del tratamiento	Tristeza profunda o miedo al aborto, ambivalencia, duelo en casos negativos	Apoyo empático, contacto post-resultado, derivación a salud mental, continuidad del cuidado

tomas depresivos clínicamente relevantes en las semanas posteriores.¹⁶

El papel de la enfermería es clave para la atención integral, su intervención debe de ser oportuna, empática y centrada en la persona.¹⁶

- Si el resultado es positivo:
 - Ofrecer contención emocional frente a la incertidumbre inicial del embarazo.
 - Promover cuidados saludables y seguimiento ginecológico precoz.
 - Detectar ansiedad perinatal y derivar a salud mental si es necesario.¹⁶
- Si el resultado es negativo:
 - Validar el dolor emocional sin trivializar.
 - Favorecer la expresión emocional a través del papel de la escucha activa.
 - Informar sobre tiempos de espera antes de reintentar nuevas opciones.
 - Promover el contacto con la psicología y grupos de apoyo.
 - Dar seguimiento post-resultado, sin abandonar tras el resultado negativo.¹⁶

Prevalencia del estrés y de la ansiedad

La prevalencia de estrés y ansiedad durante el tratamiento es significativamente alta, especialmente en mujeres, ya que la infertilidad por sí misma representa un factor estresante.¹⁷

Se estima que entre el 25- 60% de las mujeres con diagnóstico de infertilidad presentan síntomas de ansiedad y depresión.¹⁷

Mientras que en hombres hay una menor proporción, pero representan altos niveles de ansiedad especialmente en la etapa diagnóstica y tras los resultados negativos.¹⁷

Si el estrés y la ansiedad no son tratados, se pueden sufrir consecuencias graves como:

- Aumento de la tasa de abandono antes de completar los ciclos.
- Mayor riesgo de trastornos de salud mental a largo plazo.
- Impacto negativo en la relación de pareja y vida laboral.
- Posible afectación indirecta sobre la adherencia del tratamiento médico.¹⁷

Prevalencia de estrés y ansiedad en tratamientos masculinos

El diagnóstico de infertilidad en hombres afecta profundamente en la identidad y autoestima del paciente, está asociado a altos niveles de ansiedad y estrés:¹⁷

- Síntomas de ansiedad en hasta el 30-40% de los casos.
- Sentimientos de culpa, vergüenza y deterioro de la imagen masculina.
- Mayor incidencia de estrés postraumático leve, especialmente si el diagnóstico es inesperado.¹⁷

Durante el tratamiento los hombres experimentan altos picos de ansiedad especialmente en:¹⁸

- La recolección de esperma, sobre todo en tratamientos con biopsia testicular.
- Betaespera, ya que siente impotencia por no poder controlar el resultado.
- Comunicación con la pareja, ya que pueden adoptar un rol de soporte silenciando sus propias emociones.¹⁸

El rol de enfermería tiene dificultades en la detección ya que los hombres tienden a no verbalizar su malestar, por ello la ansiedad puede pasar desapercibida, la enfermería especializada en fertilidad debe considerar estrategias específicas para facilitar la expresión de las emociones en los hombres, esto incluye entrevistas privadas y apoyo psicológico personalizado.¹⁸

Prevalencia de estrés y ansiedad en familiares

La prevalencia del estrés y la ansiedad en familiares de personas que se someten a este tipo de tratamientos es

Tabla 6. Diferencias en el tratamiento en hombres y mujeres.^{11, 12, 17, 18}

Aspecto	Mujeres	Hombres
Momento de mayor estrés	Estimulación ovárica, betaespera, resultados	Diagnóstico, betaespera, tras fracaso del tratamiento
Síntomas comunes	Ansiedad anticipatoria, insomnio, llanto, culpabilidad	Ansiedad contenida, retraimiento, frustración
Prevalencia de ansiedad	35–50%	25–35%
Expresión emocional	Más abierta, buscan apoyo	Más reservada, menos verbalización emocional
Reacción ante resultado negativo	Mayor impacto emocional inmediato	Mayor malestar a medio/largo plazo
Rol de enfermería	Acompañamiento emocional continuo, escucha activa	Identificar síntomas no verbalizados, validar emociones
Necesidades específicas	Soporte psicológico, seguimiento afectivo	Espacios privados, inclusión en decisiones
Intervenciones efectivas	Educación sobre el proceso, técnicas de relajación	Apoyo individualizado, facilitar derivación psicológica

el tema menos tratado en las investigaciones, pero poco a poco va ganando reconocimiento en la literatura por la relevancia que tiene en el acompañamiento de los pacientes que se someten a este proceso.¹⁹

- La pareja no gestante es el familiar más afectado emocionalmente después de la persona que recibe el tratamiento.¹⁹
 - Entre el 30 – 40% de las parejas (ya sean hombres o mujeres) presentan síntomas de ansiedad y estrés moderado o severos, especialmente en la betaespera y en los resultados negativos.¹⁹
 - Puede existir un espejo emocional donde el estrés de la pareja gestante se replica o amplifica en la otra parte.¹⁹
- Padres y otros familiares cercanos:
 - Pueden sufrir ansiedad anticipatoria y presión por las expectativas familiares.
 - En algunos padres estos familiares pueden intensificar la carga emocional sin querer, esto incrementa el estrés dentro de la pareja tratada.¹⁹

Entre los factores que influyen en el estrés familiar, se puede destacar:

- Falta de información o comprensión.
- Expectativas sociales o culturales altas sobre la maternidad / paternidad.
- Sentimientos de impotencia por no poder ayudar.
- Dificultad para manejar la angustia emocional frente al familiar directo.¹⁹

El rol de la enfermería frente a la familia tiene un papel crucial, entre las intervenciones que se pueden destacar están¹⁹:

- Incluir a la familia en la educación y en el acompañamiento, cuando lo permita la paciente.

- Detectar signos y síntomas de estrés dentro de la pareja y ofrecer la derivación psicológica cuando sea necesario.
- Brindar la información necesaria y clara sobre los tiempos, procedimientos y pronósticos, esto reducirá de forma muy significativa la ansiedad dentro del entorno familiar.¹⁹

Factores psicosociales asociados a mayores tasas de estrés y ansiedad

Los diferentes factores psicosociales pueden potenciar o intensificar la aparición de estrés y ansiedad a lo largo del tratamiento. Estos factores actúan de forma interdependiente, condicionando la forma en que cada individuo vive el tratamiento, su pronóstico emocional y el tipo de apoyo psicológico que necesita. Entre los factores que afectan está:¹²

- Duración de la infertilidad: No lograr un embarazo con el paso del tiempo incrementa la frustración, el cansancio emocional y la percepción del fracaso. Las pacientes que llevan más de dos años de infertilidad reportan altos niveles de ansiedad.^{12, 19}
- Edad avanzada: Las mujeres mayores de 35 años tienen una mayor presión biológica por el descenso de la fertilidad, esto suma la urgencia emocional, esta preocupación también afecta a las familias, especialmente a los padres.
- Factores previos en tratamientos: Los ciclos fallidos conllevan a experimentar una mayor ansiedad y miedo al fracaso en las pacientes, los familiares, sin embargo, presentan síntomas de agotamiento emocional acumulativo. Los fallos repetidos están asociados a síntomas más altos de ansiedad en hasta el 40% de las pacientes.^{12, 19}
- Problemas en la relación de pareja: La falta de comunicación, junto a los desacuerdos sobre seguir con el tra-

Tabla 7. Diferencias en los factores psicosociales asociados a mayores tasas de estrés y ansiedad.^{12, 19}

Factor psicosocial	Impacto en pacientes	Impacto en familiares (pareja, padres, etc.)
Duración de la infertilidad	Cuanto mayor el tiempo intentando concebir, mayor la frustración y desesperanza.	Aumenta la ansiedad anticipatoria y presión emocional sobre la pareja.
Edad avanzada	Percepción de “tiempo limitado” y mayor presión social y biológica.	Padres pueden experimentar urgencia generacional; la pareja siente mayor tensión.
Fracasos previos en TRA	Aumenta sentimientos de inutilidad, ansiedad y miedo al fracaso.	Mayor desgaste emocional acumulado; se incrementa el agotamiento afectivo.
Problemas de comunicación en pareja	Impide el apoyo mutuo, genera aislamiento emocional.	Intensifica el estrés en ambos; se puede traducir en conflictos familiares.
Estigma social o presión cultural	Vergüenza, comparación con otras mujeres, culpa.	Expectativas familiares no cumplidas generan presión emocional adicional.
Apoyo social limitado	Mayor riesgo de ansiedad y depresión por aislamiento.	Familiares pueden sentirse impotentes o marginados del proceso.
Inseguridad económica	Los costos del tratamiento incrementan el estrés.	Puede ser una fuente de conflicto o culpa dentro de la familia o pareja.
Religión o valores personales	Algunas creencias generan conflictos internos sobre los procedimientos.	Pueden surgir tensiones o falta de comprensión con el entorno familiar.
Problemas de salud mental previos	Mayor vulnerabilidad al estrés crónico o ansiedad clínica.	Mayor dificultad de contención emocional si no se reconoce el malestar a tiempo.

tamiento y las diferencias en el manejo emocional conlleva un aumento del estrés. La falta de un entorno de apoyo dentro de la pareja impacta directamente en la capacidad de afrontamiento.

- Presión social o estigmatización: Las expectativas culturales generan una alta presión tanto en la paciente como en el entorno social.^{12, 19}
- Apoyo social limitado: La falta de redes de apoyo incrementa el riesgo de ansiedad y depresión. Cuando la paciente no cuenta con una pareja o familiares comprometidos y que entiendan la situación, la percepción de aislamiento psicológico se agudiza. Numerosos estudios indican que el apoyo social percibido tiene un efecto directo en la reducción del estrés relacionado con la infertilidad.^{12, 19}
- Situación económica precaria: Estos tratamientos suelen tener un alto costo, por lo cual se añade una preocupación económica. Esta situación puede ser motivo de tensión dentro de la pareja y del entorno familiar, especialmente si se comienza a asumir deudas o se ve comprometida la estabilidad financiera familiar.^{12, 19}
- Factores culturales o religiosos: Algunas pacientes comienzan a experimentar conflictos entre los valores religiosos y los tratamientos, generando ansiedad y disonancia moral.^{12, 19}
- Antecedentes de salud mental: Las pacientes con antecedentes de estrés, ansiedad y depresión son más vulnerables al desarrollo de síntomas intensos durante el embarazo. Lo mismo ocurre con los familiares y las parejas.^{12, 19}

Percepciones de las necesidades familiares entre familias, pacientes y proveedores de atención médica

Estas percepciones varían según las necesidades de los pacientes, las familiares y los proveedores de atención médica, estas percepciones pueden generar brechas en la comunicación, apoyo emocional y toma de decisiones clínicas, afectando directamente en el bienestar psicosocial de todos los involucrados.¹⁹

Las familias, en especial las parejas y los padres de la paciente tienen necesidades emocionales e informativas y de inclusión, entre estas necesidades están¹⁹:

- Necesidad de información clara y continuada: Las familias desean comprender todo el proceso, riesgos, tiempos y posibles desenlaces.
- Participación en el proceso: Sienten la necesidad de ser parte activa del acompañamiento.
- Apoyo emocional: Muchos familiares experimentan angustias, ansiedad o tristeza.²⁰

Las pacientes identifican necesidades específicas que a menudo no se alinean con las de sus familiares o las del equipo médico:

- Confidencialidad y respeto por su autonomía.
- Contención emocional especializada.
- Evitar juicios o presión externa.²⁰

Tabla 8. Diferencias en el bienestar psicológico entre las mujeres fértiles e infértiles.²¹

Dimensión	Mujeres fértiles	Mujeres infértiles
Autoestima	Generalmente estable, no relacionada con su capacidad reproductiva	Frecuentemente baja, asociada a sentimientos de inutilidad o fracaso
Estado emocional	Estabilidad emocional salvo por otros factores externos	Mayor prevalencia de ansiedad, tristeza, frustración y depresión clínica
Relaciones de pareja	Presión por conciliación familiar/laboral, pero con menos tensiones reproductivas	Más conflictos, especialmente tras fracasos en tratamientos o diferencias en el deseo de continuar
Impacto social	Menor estigmatización social	Alta estigmatización en algunas culturas; sentimientos de exclusión o comparación con mujeres fértiles
Apoyo emocional necesario	Requiere apoyo para maternidad y crianza	Requiere apoyo para afrontar diagnósticos, tratamientos y duelos por fallos o pérdidas
Percepción del cuerpo	Mayor aceptación del cuerpo funcional	Cuerpo visto como fallido o defectuoso, sobre todo tras tratamientos invasivos
Vínculo con el sistema de salud	Contacto habitual por control prenatal o ginecológico	Contacto frecuente, a veces frustrante, por procesos médicos repetitivos
Necesidades específicas	Apoyo en autocuidado y salud sexual-reproductiva	Contención emocional, psicoterapia, y educación sobre infertilidad y opciones de tratamiento

Bienestar psicológico de mujeres fértiles e infértiles

El bienestar psicológico de las mujeres puede verse influenciado por las situaciones reproductivas. Las diferentes investigaciones demuestran que existen diferencias en la salud mental entre las mujeres fértiles y las mujeres con problemas de fertilidad.²¹

Las mujeres fértiles no suelen tener altos niveles de estrés relacionados con la capacidad reproductiva, el bienestar mental puede verse afectado por²¹:

- Presión por la maternidad temprana o de múltiples hijos.
- Miedo al embarazo o complicaciones obstétricas.
- Desafíos en la condición de la vida familiar y laboral.²¹

En términos generales las mujeres fértiles suelen mantener niveles de autoestima y autoconcepto más estables respecto a su función reproductiva.²¹

Las mujeres con infertilidad tienen mayor prevalencia de²¹:

- Ansiedad: Relacionada con la incertidumbre del tratamiento y las posibilidades de resultados negativos.
- Depresión: En especial tras múltiples fracasos o largos periodos sin éxito.
- Baja autoestima y autoimagen negativa: Sienten que han fallado en cumplir con el ideal cultural de la maternidad.
- Estrés conyugal: Por presión emocional, diferencias en la implicación de la pareja o problemas de comunicación.²¹

Entre los factores que agravan el malestar psicológico se puede destacar²¹:

- Fracasos repetidos en el tratamiento.
- Falta de apoyo social.

- Entornos sociales que estigmatizan la infertilidad.
- Escasa educación emocional y contención psicológica por parte del sistema de salud.²¹

Rol de la enfermería

El rol del personal de enfermería tiene un papel fundamental abarcando una dimensión clínica, educativa y psicoemocional, las enfermeras son el nexo principal entre el equipo médico y la paciente y la familia, entre los roles están.²²

- Rol clínico asistencial:
 - Preparación y seguimiento del tratamiento: Administración de la medicación, monitoreo de la estimulación ovárica, acompañamiento en la punción y transferencia embrionaria.
 - Coordinación interdisciplinaria: Facilitando la comunicación entre ginecólogos, embriólogos, psicólogos y otros profesionales
 - Gestión de citas y tratamientos: Organizan y supervisan el cumplimiento del calendario terapéutico.²²
- Rol educativo:
 - Información clara y comprensible: Explican los protocolos, tiempos, efectos secundarios, alternativas y riesgos.
 - Fomento del autocuidado: Enseñando como aplicar la medicación hormonal, interpretar síntomas y cuándo y cómo actuar.
 - Orientación sobre la fertilidad y salud sexual: Especialmente en los casos de infertilidad por factores evitables.²²

- Rol emocional y psicosocial:
 - Contención emocional: Escuchando, acompañando y validando las emociones que surgen durante el tratamiento.
 - Intervención en crisis: En situaciones de abortos espontáneos, ciclos fallidos o decisiones difíciles, el acompañamiento del personal de enfermería juega un papel clave.
 - Derivación a psicología: Identificando las señales de alerta en la salud mental, promoviendo un abordaje de una manera interdisciplinar.²²
- Rol en pareja y familia:
 - Apoyo a la pareja: Involucrando a la pareja en el proceso explicando los roles y atendiendo a sus inquietudes.
 - Atención a los familiares: Proveen información y orientación a padres y otros miembros que acompañan emocionalmente a la paciente.²²

Percepción del rol de enfermería en el acompañamiento emocional

Las enfermeras que trabajan en las unidades familiares de fertilidad se convierten en referentes emocionales claves debido al contacto frecuente, la empatía y capacidad para generar confianza en el acompañamiento. El acompañamiento emocional incluye²²:

- Escucha activa.
- Contención afectiva.
- Educación emocional.
- Derivación oportuna.²²

Algunos estudios nos indican que las pacientes perciben que la enfermera entiende mejor sus emociones más que otros profesionales del equipo médico.²²

Los estudios indican que las mujeres valoran el rol de la enfermería en el ámbito emocional y lo asocian con ²²:

- Mayor seguridad emocional durante los procedimientos invasivos.
- Sensación de humanización del proceso médico.
- Reducción del aislamiento emocional.²²

A pesar de las percepciones positivas también existen obstáculos para ofrecer una atención emocional plena:

- Carga asistencial elevada.
- Falta de formación específica en salud mental reproductiva.
- Escaso reconocimiento institucional del componente emocional de su rol.
- Dificultades para establecer límites emocionales saludables con algunas pacientes y sus familiares.²²

Los pacientes y sus familiares perciben que necesitan:

- Integrar la formación psicoemocional en la capacidad de enfermería de fertilidad.
- Establecer protocolos formales de apoyo emocional estandarizado.
- Incluir a la enfermera en los equipos interdisciplinarios de la salud mental reproductiva.
- Potenciar la figura de la enfermera de enlace emocional en reproducción asistida.²²

La percepción de los profesionales de la enfermería es sumamente positiva, ya que los pacientes valoran al personal como una figura muy cercana, empática y emocionalmente disponible, esto repercute directamente en su bienestar psicológico y emocional.²²

Importancia de la realización de ejercicio físico

La realización de ejercicio física durante los tratamientos de reproducción asistida tiene un impacto significativo tanto a nivel físico como a nivel emocional, puede ayudar a reducir los niveles de estrés y ansiedad, mejorando

Tabla 9. Etapas críticas donde se percibe el mayor apoyo.^{21, 22}

Etapa del tratamiento	Impacto emocional	Percepción del apoyo de enfermería
Diagnóstico de infertilidad	Shock, negación, duelo inicial	Información clara, contención y orientación inicial
Estimulación ovárica	Ansiedad por inyecciones, efectos hormonales	Enseñanza técnica y apoyo emocional durante efectos físicos
Punción y transferencia	Miedo al dolor, alta expectativa	Acompañamiento cercano, disminuye la ansiedad con presencia empática
Betaespera	Máxima ansiedad, incertidumbre, insomnio	Seguimiento constante, atención emocional a la angustia de espera
Resultado del tratamiento	Alegría extrema o frustración, duelo emocional en caso de fallo	Contención, ayuda en verbalización del duelo, preparación para una posible reanudación
Pérdida gestacional	Tristeza, culpabilidad, duelo profundo	Apoyo psicológico inicial, respeto por el dolor, derivación a psicología si es necesario

el estado de ánimo, favoreciendo el equilibrio hormonal y aumentando el bienestar general de las personas involucradas en el proceso.²⁰

Entre los beneficios de la realización del ejercicio físico se encuentra²⁰:

- Regulación del peso corporal, el índice de masa corporal saludable favorece la salud reproductiva y las tasas de éxito en los diferentes tratamientos, tanto masculinos como femeninos.
- Mejor circulación y oxigenación, favoreciendo la salud reproductiva y el entorno uterino.
- Aumento de la sensibilidad a la insulina, especialmente beneficios en las mujeres con síndrome de ovario poliquístico.
- Reducción de los efectos secundarios hormonales, como la hinchazón y la fatiga asociadas a la estimulación ovárica.²⁰

Entre las actividades recomendadas se pueden destacar, caminatas, yoga, natación, bicicleta estática y ejercicios de bajo impacto.²⁰

Importancia de la realización del ejercicio físico para aumentar las posibilidades de efectividad en el tratamiento

La realización de ejercicio físico de forma moderada o regular afecta de forma muy positiva en la efectividad de los tratamientos. La efectividad abarca factores metabólicos, hormonales y psicológicos que de forma conjunta favorecen el entorno más propicio para la concepción.²³

Entre las influencias del ejercicio físico sobre la efectividad del tratamiento está²³:

- Mejora el entorno fisiológico para la implantación:
 - El ejercicio físico mejora la circulación sanguínea, incluyendo el flujo uterino, pudiendo favorecer la receptividad endometrial.
 - Contribuye al balance hormonal y al eje hipotálamo - hipofisis - ovárico, regulando los ciclos menstruales.²³
- Reducción de la resistencia a la insulina:
 - En mujeres con síndrome de ovario poliquístico, el ejercicio mejora la sensibilidad a la insulina, lo que puede inducir la ovulación de manera espontánea aumentando así la respuesta a los medicamentos estimulantes.²³

Control del peso corporal

- El sobrepeso y la obesidad se asocia a una disminución de las tasas de éxito en la Fecundación In Vitro y la Inseminación Artificial. El ejercicio ayuda a alcanzar un Índice de Masa Corporal óptimo, lo que mejora la calidad ovocitaria y endometrial.²³

Importancia de la realización de ejercicio físico para disminuir los niveles de estrés y ansiedad

La realización de ejercicio físico regular ha demostrado ser una estrategia muy eficaz para disminuir los niveles de estrés y ansiedad, especialmente en las personas que enfrentan a procesos emocionalmente exigentes.²³

Los mecanismos fisiológicos del ejercicio que reducen los niveles de estrés y ansiedad son²³:

- La liberación de endorfinas: El ejercicio físico estimula la producción de neurotransmisores como las endorfinas, dopamina y serotonina, generando sensación de bienestar.²³
- Disminución de cortisol: Ayuda a reducir los niveles de cortisol, hormona relacionada con el estrés crónico.²³
- Mejora del sueño: Dormir mejor regula el estado emocional y disminuye los síntomas de ansiedad.²³
- Regulación del sistema nervioso autónomo: Favorece el tono vagal y reduce la activación simpática relacionada con la ansiedad.²³

Entre los beneficios psicológico se encuentra:

- Reducción de síntomas de ansiedad y depresión: Numerosos estudios muestran una disminución de estos síntomas en las mujeres que practican ejercicio durante los tratamientos.²³
- Mejora la autoestima y el control emocional: El ejercicio favorece una imagen corporal positiva y una mayor sensación de dominio sobre el cuerpo.²³
- Distracción positiva: Brinda una vía saludable de escape del ciclo de preocupación, incertidumbre y miedo asociado a los tratamientos.²³

Estrategias de intervención de enfermería identificadas

El rol de enfermería se ha transformado de manera significativa, dando un enfoque más integral que reconoce tan-

Tabla 10. Resumen de las recomendaciones.²³

Recomendación	Justificación
Actividad aeróbica moderada	Mejora cardiovascular general y estado metabólico
30 minutos/día, 5 veces por semana	Suficiente para mejorar sensibilidad a insulina, reducir estrés y mejorar regulación hormonal
Evitar ejercicio extenuante	El ejercicio intenso puede aumentar el cortisol y afectar la implantación embrionaria

to las necesidades clínicas como las emocionales, sociales y psicológicas de los pacientes. Entre los ejes fundamentales del papel de enfermería se puede destacar:¹²

Educación sanitaria e información continuada

Es uno de los pilares fundamentales en las intervenciones de enfermería, brindando una información clara, veraz y comprensible, tanto a las pacientes como a sus parejas, tanto de las fases del tratamiento, las técnicas empleadas, los procedimientos médicos y los posibles efectos secundarios.

Esta estrategia no solo ayuda a reducir la incertidumbre, si no que promueven la toma de decisiones informadas, el empoderamiento del paciente y su adherencia.¹⁵

El acompañamiento educativo incluye la resolución de las dudas más frecuentes, la entrega del material didáctico y el refuerzo verbal de las instrucciones médicas, aspectos que incrementan la sensación de seguridad y confianza durante el proceso.¹²

El personal de enfermería es un agente de comunicación clave entre el equipo médico y los pacientes.¹²

Apoyo emocional personalizado

El tratamiento de infertilidad es una experiencia carga de tensión, miedo, frustración y tristeza, es por esto que una de las estrategias centrales en la enfermería es brindar la contención emocional y acompañamiento afectivo constante.¹²

Las enfermeras están capacitadas para detectar signos tempranos de estrés y ansiedad o depresión y para intervenir con técnicas de escucha activa, validación de emociones y asesoramiento básico.¹³

En el momento en el que se identifican los indicadores de sufrimiento emocional más profundo, la enfermería debe actuar como puente hacia profesionales de la salud mental, promoviendo un abordaje de manera interdisciplinaria.²⁰

Este acompañamiento se vuelve crucial en momentos de tensión como la betaespera, la recepción de resultados o la pérdida gestacional.¹⁵

Promoción de hábitos saludables y autocuidado

La educación en estilos de vida saludables es clave para el éxito del tratamiento como en el bienestar psicológico. El personal de enfermería se encarga de orientar a los pacientes sobre la importancia de una buena alimentación, la práctica de actividad física moderada, la higiene del sueño y la reducción de sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco.¹⁶

Se promueve las prácticas del autocuidado emocional como la meditación y la respiración consciente con el fin de fortalecer los recursos internos del afrontamiento ante las exigencias emocionales del tratamiento.¹⁸

Acompañamiento en la toma de decisiones difíciles

Las pacientes pueden verse enfrentadas a la toma de decisiones muy complejas como recurrir a la donación de gametos, optar por la criopreservación embrionaria o decidir cuándo interrumpir un intento fallido.¹⁹

En estos casos el rol de la enfermería ofrece un acompañamiento sensible, respetuoso y libre de juicios, fomentando así la toma de decisiones que se basa en una comprensión llena de opciones y consecuencias.¹⁷

Este acompañamiento empodera al paciente, reduce la sensación de soledad y favorece una actitud activa frente al tratamiento, lo cual tiene efectos positivos sobre su bienestar.¹⁹

Seguimiento integral y longitudinal

La enfermería se encarga de garantizar el seguimiento de manera continuada, no solo durante las fases clínicas del tratamiento, sino en el periodo posterior. Este seguimiento se encarga de evaluar el impacto emocional del resultado, ya sea positivo o negativo, detectar los riesgos de deterioro psíquico y ofrecer contención adicional o derivación terapéutica.¹⁹

Es una oportunidad para reforzar los hábitos saludables, mantener el vínculo terapéutico y contribuir a la resiliencia del paciente.¹⁶

El enfoque del seguimiento de manera integral refleja un compromiso por parte de la enfermería con el bienestar de la persona en su totalidad. Entendiendo la infertilidad como un fenómeno biológico, emocional, social y existencial.¹⁹

Etapas no cubiertas

A pesar de que el avance científico ha permitido aumentar las tasas de éxito aún existen etapas del tratamiento que no reciben acompañamiento psicoemocional de forma adecuada, esto genera vacíos importantes que impactan de manera negativa en la salud mental de los pacientes, por ellos el rol de la enfermería tiene que ampliarse en intervenciones de forma integral y humana en las fases más descuidadas.^{16, 25}

Etapas no cubiertas en cada una de las fases:

Etapas no cubiertas en cada una de las fases:

Etapas no cubiertas en cada una de las fases:

La pareja tiende a experimentar un periodo de incertidumbre antes de recibir el diagnóstico clínico. La mayoría de los servicios de salud se centran exclusivamente en los aspectos biomédicos, descuidando la salud emocional tras la búsqueda fallida del embarazo, los sentimientos de frustración, culpa o aislamiento que pueden aparecer antes de iniciar el tratamiento de manera formal.¹⁶

Esta fase carece de intervenciones estructuradas por parte del personal sanitario. La enfermera puede tener un papel de educación emocional, escucha activa y preparación

psicológica para enfrentar el diagnóstico y sus implicaciones.²⁵

Transición entre ciclos

Los protocolos médicos se encargan de abordar los ciclos fallidos como una pausa, no contemplan el impacto psicoemocional que conlleva las pérdidas de manera repetida o del fracaso en la implantación. Las vivencias de cada ciclo fallido se suelen acompañar de sentimientos de duelo, desesperanza, autovaloración negativa y ansiedad anticipatoria frente a los futuros intentos.²⁵

Esta etapa suele estar invisibilizada debido al enfoque clínico biológico del tratamiento. El fracaso de un ciclo es una vivencia emocional muy intensa, requiere de un abordaje profesional y humanizada. La intervención de los profesionales de enfermería es clave en la transición, ya que se ofrecen espacios de contención emocional, validando el dolor y favoreciendo la toma de decisiones de forma consciente.²⁵

La "betaespera"

También conocida como ansiedad anticipatoria sin contención, esta etapa es la más estresante de todo el proceso, el sistema sanitario la trata como una fase de tiempo de espera sin ningún tipo de seguimiento ni de acompañamiento, a pesar de ser una etapa crítica en términos de ansiedad. Durante esta fase los pacientes tienden a experimentar¹⁶:

- Altos niveles de ansiedad anticipatoria.
- Hipervigilancia sobre su cuerpo y síntomas.
- Sentimientos de impotencia y miedo.
- Necesidad constante de información y seguridad.¹⁶

El acompañamiento de enfermería ser deberá incluir el seguimiento telefónico y presencial, orientado en técnicas de

regulación de la ansiedad y asesoramiento sobre que es esperable y que no, reduciendo así la carga emocional.²⁵

El duelo reproductivo tras un intento fallido

Cuando el tratamiento no es exitoso el duelo al que se enfrentan no siempre es reconocido. Este duelo reproductivo puede incluir dolor por la imposibilidad de concebir, la pérdida de identidad futura como madre/padre biológico y la restauración de perspectivas.¹⁶

Este duelo en muchas ocasiones es minimizado o deslegitimado por el entorno social y médico, la pareja suele ser dada de alta tras este fracaso sin ningún tipo de estrategia de contención emocional ni seguimiento de manera psicológica.²⁵

El personal de enfermería debido al contacto de manera continuada y de forma empática con el paciente y su entorno tiene un lugar privilegiado en la detección de la presencia de síntomas depresivos, duelo patológico o aislamiento social, pudiendo ofrecer apoyo, escucha empática, derivación oportuna y acompañamiento hacia la reconstrucción emocional.²⁵

Postratamiento

Debido al éxito sin preparación emocional: Pueden aparecer emociones contradictorias como el miedo a la pérdida gestacional, inseguridad sobre el desarrollo fetal o ansiedad sobre el curso del embarazo, sumado a que muchos embarazos se consideran de alto riesgo, incrementando el control del médico, pero no siempre la contención emocional.²⁵

Esta fase suele estar pobremente atendida en el plano emocional, las parejas suelen sentirse abandonadas por los equipos médicos, por ello la enfermería debe establecer un vínculo de continuidad y confianza, brindando

Tabla 11. Etapas no cubiertas.^{16, 25}

Etapa no cubierta	Características emocionales	Vacíos detectados	Rol potencial de enfermería
Previo al diagnóstico de infertilidad	Incertidumbre, frustración, culpa, ansiedad anticipatoria	Ausencia de contención emocional y orientación preventiva	Educación emocional, escucha activa, preparación psicológica para el diagnóstico
Transición entre ciclos fallidos	Duelo, desesperanza, ansiedad por nuevos intentos	Falta de acompañamiento emocional entre intentos fallidos	Seguimiento emocional, validación del duelo, orientación y asesoramiento
Betaespera (post-transferencia embrionaria)	Ansiedad elevada, hipervigilancia, miedo al fracaso	Inexistencia de seguimiento o apoyo durante la espera de resultados	Seguimiento activo, técnicas de control de ansiedad, disponibilidad para dudas
Duelo reproductivo (tras fallo del tratamiento)	Tristeza profunda, pérdida del proyecto de maternidad/paternidad, aislamiento emocional	Alta desatención emocional al dar de alta sin preparación	Apoyo en duelo, derivación a psicología, acompañamiento continuo
Postratamiento exitoso (embarazo logrado)	Miedo a pérdida, inseguridad, emociones ambivalentes	Falta de preparación emocional para el embarazo después de TRA	Acompañamiento en el inicio del embarazo, educación emocional, detección de riesgos psicológicos

las herramientas emocionales para transitar el embarazo y ofrecer la orientación sobre las diferencias de un embarazo natural y los logrados mediante reproducción asistida.²⁵

Tratamiento en parejas homosexuales

En los últimos años el acceso a las técnicas de reproducción asistida ha ido aumentando en las parejas homosexuales, esto ha reflejado cambios dentro de la normatividad, avances médicos y el reconocimiento de manera gradual de los derechos reproductivos de la población *LGBT*.²⁶

Muchas parejas se enfrentan a las barreras legales, económicas, psicológicas y sociales para acceder a estos procedimientos en igualdad de condiciones.²⁷

Técnicas de fecundación en parejas homosexuales

Tratamientos disponibles para parejas de mujeres lesbianas

Estas parejas acceden con una mayor frecuencia a los tratamientos de reproducción asistida, ya que al menos una de las mujeres puede gestar, esto evita recurrir a la gestación subrogada, a pesar de esto está técnicamente está altamente restringida legalmente en algunos países. Las técnicas a la que pueden acceder son²⁶:

- Inseminación artificial con donante:
 - Consiste en introducir semen de un donante anónimo en el útero durante la ovulación.
 - Puede realizarse en ciclos naturales o con estimulación ovárica.
 - Si no existe infertilidad médica, en muchos países no está cubierta por la sanidad pública.²⁷
- Fecundación In Vitro con semen de donante:
 - Indicado en los casos en el que la edad materna es avanzada o presenta problemas de fertilidad.
 - Permite mayor control de la calidad embrionaria.

- Implican intervenciones más complejas y costosas que en la Inseminación Artificial.²⁷
- Método *ROPA* (Recepción de Óvulos de la Pareja):
 - Una mujer dona sus óvulos, se fecundan con semen de un donante y el embrión se transfiere al útero de su pareja.
 - Ambas mujeres participan de manera biológica en la gestación, una como madre genética y la otra como madre gestante.
 - Requiere consentimiento de manera mutua y legal por parte de ambas mujeres y solo está permitido de forma legal en algunos países.²⁶

Tratamientos disponibles para hombres

Las parejas de hombres se enfrentan a un mayor número de limitaciones debido a la imposibilidad de gestar de manera biológica. Debido a esto, deben de recurrir a óvulos de donantes y a un gestante subrogada, estas técnicas no son legales en la mayoría de los países, además de enfrentarse a un alto costo. Las diferentes técnicas que se pueden destacar son:²⁷

- Fecundación in vitro con óvulos de donante:
 - Se selecciona una donante, ya sea anónima o conocida para aportar los óvulos.
 - Uno o ambos hombres pueden aportar esperma, con lo que es posible tener hijos biológicos de cada uno en los diferentes embarazos.
 - Los embriones resultantes se transfieren a una mujer gestante subrogada.²⁷
- Gestación subrogada
 - Proceso mediante el cual una mujer gesta un embrión sin intención de asumir la maternidad.
 - En esta variante gestacional, el embrión no tiene vínculo genético con la gestante.

Tabla 12. *Diferencias en los tratamientos.*²⁶

Tratamiento	Tipo de Pareja	Procedimiento	Ventajas	Limitaciones
Inseminación Artificial (IAD)	Mujeres lesbianas	Inyección de semen de donante durante ovulación	Poco invasivo, económico	Menor tasa de éxito, no aplicable a hombres
Fertilización In Vitro (FIV)	Mujeres lesbianas y hombres gay	Fertilización fuera del cuerpo y transferencia embrionaria	Alta tasa de éxito	Costoso, requiere estimulación ovárica
Método ROPA	Mujeres lesbianas	Una mujer aporta óvulos y otra lleva el embarazo	Participación biológica de ambas	No legal en todos los países
Gestación Subrogada	Hombres gay	Transferencia del embrión a una gestante	Permite gestar a hombres	Costosa, regulaciones legales estrictas
FIV con donación de óvulos	Hombres gay	Fertilización con óvulos donados y esperma de miembro	Permite vínculo genético	Costoso, necesita gestante
Adaptaciones para personas trans	Según anatomía	Adaptación de IAD o FIV según órganos reproductivos	Opciones diversas	Acceso desigual, discriminación posible

- Su legalización está muy limitada.
- Requiere trámites legales muy complejos para el reconocimiento de la paternidad de ambos miembros de la pareja.²⁷

Tratamientos en parejas transexuales y no binarias

Estos tratamientos también pueden adaptarse a las personas trans, dependiendo de sus características reproductivas. En estos casos, el acceso puede estar limitado por la desinformación institucional, barreras administrativas o de discriminación.²⁷

- Personas transmasculinas pueden someterse a la inseminación artificial o a fecundación In Vitro si conservan útero y ovarios.
- Personas transfemeninas pueden criopreservar esperma antes del tratamiento hormonal.
- El acompañamiento emocional y el respeto a la identidad de género son fundamentales.²⁷

Acceso desigual en la reproducción asistida

Existen diferentes tipos de desigualdades según el tipo de pareja, ya que las parejas de mujeres lesbianas pueden acceder de manera más fácil a los tratamientos de inseminación artificial mediante un donante, en especial en países onde hay acceso a la filiación materna doble.²⁶

Sin embargo, las parejas homosexuales gay se enfrentan a un mayor número de barreras, ya que a única forma de reproducción viable es la gestación subrogada, lo cual²⁶:

- No está permitida en la mayoría de los países europeos y latinoamericanos.
- Tiene altos costos económicos.
- Requiere desplazamiento a países donde sí está legalizada.²⁶

Además, en muchos países los sistemas públicos de salud no cubren los tratamientos si no existe un diagnóstico de infertilidad, por lo cual se encuentran excluidas las parejas homosexuales, ya que el problema reproductivo no es patológico.²⁶

Algunas clínicas de índole privado mantienen protocolos heteronormativos, lo que dificulta la adaptación de los tratamientos en las nuevas configuraciones familiares.²⁶

El reconocimiento de manera legal de la filiación familiar también varía ampliamente, en algunos países, solo la madre gestante se considera la madre legal.²⁶

Las parejas homosexuales suelen atravesar experiencias emocionales muy intensas a lo largo del tratamiento, ya que está determinado por:

- Miedo al rechazo legal e institucional.
- Invisibilizarían dentro de los protocolos clínicos.
- Ansiedad y estrés ante los procedimientos largos o costosos.
- Dudas sobre el reconocimiento legal de la paternidad.²⁷

Propuesta del personal de enfermería para mejorar las intervenciones

Las intervenciones de enfermería en este contexto son fundamental, tanto desde la perspectiva técnica como desde un enfoque psicoemocional, inclusivo y respetuoso.²⁵

Las parejas que se enfrentan a este tipo de tratamientos, ya sean homosexuales o heterosexuales se enfrentan a un proceso altamente estresante. Las propuestas de enfermería son²⁵:

- Educación continuada del personal de enfermería en la salud sexual y reproductiva, diversidad de género y de los derechos humanos, incluyendo la comprensión de las diferentes realidades específicas que viven las di-

Tabla 13. Tabla resumen de los tratamientos en las parejas homosexuales.^{26, 27}

Tipo de pareja	Tratamientos más usados	Implicaciones emocionales principales	Aspectos legales y sociales	Rol de enfermería clave
Mujeres (lesbianas)	Inseminación artificial (IAD) FIV Método ROPA	Ansiedad por éxito del tratamiento Necesidad de inclusión y reconocimiento	Mejor acceso en países con leyes inclusivas Método ROPA no legal en todos los lugares	Apoyo emocional y psicoeducativo Uso de lenguaje inclusivo Acompañamiento continuo
Hombres (gays)	FIV con donación de óvulos y gestación subrogada	Estrés por barreras legales y costos Mayor exposición a juicios sociales	Gestación subrogada legal solo en algunos países Mayor desigualdad de acceso	Información clara sobre procedimientos Derivación a apoyo psicológico y legal
Personas transgénero o no binarias	TRA según biología reproductiva disponible Preservación de gametos previa a hormonación o cirugía	Disforia de género asociada al tratamiento Falta de sensibilidad clínica	Escasa legislación específica Discriminación frecuente	Abordaje respetuoso e informado Fomentar espacios seguros y libres de prejuicios

ferentes configuraciones familiares, para que la atención médica sea verdaderamente centrada en la persona y libre de juicios.²⁵

- Acompañamiento emocional estructurado durante todas las fases del tratamiento, siendo capaces de detectar los signos de ansiedad, angustia o disociación emocional.²⁵
- Creación de protocolos diferenciados pero equitativos, capaces de reconocer las particularidades clínicas y sociales de cada pareja sin jerarquizar el derecho al tratamiento.²⁵
- Acompañar al hombre en su rol dentro del tratamiento, ya que a menudo se le asigna un papel secundario, el estrés masculino tiende a estar menos visibilizado por ello, se debe favorecer su inclusión dentro de las consultas, las explicaciones y los apoyos, pudiendo visibilizar la carga emocional.²⁵

Experiencia de los pacientes en tratamientos de reproducción asistida

Las diferentes experiencias y vivencias que viven las parejas cuando se someten a una reproducción asistida está marcada por un recorrido muy complejo y emocionalmente muy intenso, en muchos casos esta intensidad se prolonga durante el tiempo.²³

En las parejas heterosexuales el camino de la reproducción asistida suele llegar tras una etapa de múltiples intentos fallidos de concebir de una manera natural, esto conlleva un gran desgaste emocional, en especial en las mujeres quienes suelen llevar la mayor parte de la carga durante el proceso clínico.²⁵

En la mayoría de los casos los pacientes refieren no sentirse escuchados, en el caso de los hombres tienden a sufrir en silencio ya que los roles tradicionales limitan en gran medida la expresión emocional.²⁴

En ambos casos las parejas refieren no sentirse acompañados ni escuchados por parte del personal médico, la enfermería mejorar de manera sustancial la experiencia.²⁵

Las parejas homosexuales viven una experiencia en la que se unen la complejidad médica del tratamiento y las barreras institucionales, legales y sociales. Muchas personas refieren haber tenido que justificar de manera reiterada su orientación sexual, encontrando muchas barreras clínicas y miradas estigmatizantes junto a la falta de información que se adapte a su situación. En este contexto la enfermería tiene un rol central como figura de contención, guía, aliada emocional y defensora del trato igualitario.²⁵

Para muchas parejas homosexuales el tratamiento de reproducción asistida es la única vía biológica para poder formar una familia, esto intensifica la carga emocional del proceso, ya que cada uno de los intentos implica una gran inversión económica, desafíos legales e implicaciones psicológicas muy fuertes.²⁵

Las mujeres homosexuales manifiestan que encuentran un gran alivio cuando hay profesionales de la salud empáticos, que validen su vínculo emocional como pareja, que les per-

mita participar de manera activa en el tratamiento, por ejemplo, mediante el método ROPA.²⁵

En el caso de los hombres homosexuales, el proceso es mucho más complejo, debido a la necesidad de la donación de óvulos y encontrar una mujer gestante, lo cual hace que el proceso sea mucho más largo y costoso en los países donde está permitido.²⁵

La mayoría de las pacientes al relatar sus experiencias coinciden que el momento más difícil es la betaespera, ya que la ansiedad, la esperanza, el miedo a la negativa y el aislamiento emocional se vuelven comunes. Las intervenciones del personal de enfermería, junto a los grupos de ayuda se vuelven claves para ofrecer la contención emocional necesaria.²⁵

La experiencia de los pacientes varía según la situación personal y de la pareja, pero hay altos niveles de estrés y de vulnerabilidad emocional, la presencia de una enfermera capacitada, empática y comprometida con el acompañamiento marca la diferencia entre una experiencia traumática vivida con mayor contención y dignidad.²⁵

Escuchar, educar, respetar y apoyar se convierten en las acciones que transforman el acompañamiento de un procedimiento médico en un verdadero cuidado humano.²⁵

A lo largo del proceso de reproducción asistida existen muchas etapas con un alto componente emocional que no se encuentran debidamente cubiertas por los protocolos médicos tradicionales. La falta de intervenciones emocionales en momentos críticos representa una omisión de la atención integral de los pacientes.

El personal de enfermería debido a su cercanía, capacitación y visión holística del cuidado está en una posición estratégica para cubrir estos vacíos. Teniendo que reforzar este rol dentro de los equipos de reproducción asistida siendo clave para humanizar los tratamientos, mejorando el bienestar psicológico y aumentar la satisfacción y resiliencia.

DISCUSIÓN

Los tratamientos de reproducción asistida han significado un avance de manera indiscutible en los aborrazes de la infertilidad, permitiendo así que muchas parejas consigan cumplir su deseo de convertirse en padres. Sin embargo, estos tratamientos están lejos de convertirse en un proceso exclusivo médico o técnico, debido a que implica una importante repercusión psicológica y emocional tanto en los pacientes como en su entorno familiar.

La presente investigación pone en manifiesto que los niveles de estrés y ansiedad en personas que atraviesan estos tratamientos son considerables elevados, ya que en muchos casos se subestiman por el sistema sanitario.

La infertilidad representa una experiencia de pérdida, ruptura de expectativas y frustración, esto genera sentimientos de incertidumbre, culpa, tristeza y presión social.

En las diferentes etapas del tratamiento las emociones se intensifican, en especial durante el diagnóstico, los ciclos

de estimulación ovárica, la transferencia y la betaespera. A esto debe sumarse los duelos que surgen durante los diferentes fracasos, los embarazos no logrados y las pérdidas gestacionales.

La revisión ha demostrado que la ciencia ha avanzado en las técnicas reproductivas pero el acompañamiento emocional sigue estando pendiente en los diferentes contextos clínicos.

Uno de los aspectos que se puede destacar es la diferencia emocional entre los hombres y las mujeres, las mujeres suelen vivir el proceso con una mayor intensidad emocional, expresando los síntomas de depresión y ansiedad de una manera más evidente, pudiendo estar vinculado a la identidad femenina con la maternidad.

Sin embargo, los hombres tienden a experimentar altos niveles de estrés, pero en muchos de los casos tienen una postura más contenida o silenciada, ya que están preocupados por el sufrimiento de su pareja y el resultado del tratamiento. Esta situación hace necesario un enfoque de género en la atención emocional que permita brindar el apoyo adaptándose a las necesidades de cada persona, sin asumir respuestas homogéneas.

Se ha podido observar que la familia cercana, en especial los padres de los pacientes pueden verse muy afectada emocionalmente, ya sea por empatía por presión generacional o por dificultad en el entendimiento del proceso, sin embargo, los programas no contemplan las intervenciones dirigidas a las familias, esto limita la capacidad de contener y acompañar de manera adecuada.

El personal de enfermería tiene un rol fundamental que en la mayoría de las ocasiones se encuentra desaprovechado, ya que la enfermera es el primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario, su formación integral la posiciona como una figura ideal para brindar el apoyo emocional, el seguimiento y la contención necesaria.

En la práctica las intervenciones en el área emocional dependen de la voluntad del personal, ya que las estructuras internacionales no tienen protocolos. Esta carencia deja en evidencia las necesidades de incluir el cuidado psicoemocional como parte de los protocolos estandarizados de las clínicas de fertilidad.

No es suficiente con brindar explicaciones de manera técnica o asistir en procedimientos, ya que el sufrimiento emocional tiene que ser reconocido como parte del procedimiento asistencial, por ello es fundamental dotar a las enfermeras de herramientas en salud mental en el ámbito reproductivo, comunicación terapéutica, manejo del duelo y técnicas de intervención en crisis.

Como ya se ha comunicado en numerosas ocasiones en la presente investigación una de las etapas más complejas emocionalmente y menos atendidas es la betaespera, ya que la fase está marcada por una incertidumbre muy alta, ansiedad anticipatoria, hipervigilancia sobre los síntomas y una sobrecarga emocional que puede afectar al bienestar en general de la pareja.

La diferente literatura nos señala que, durante estos días, las parejas tienden a sentir una sensación de abandono por

parte del equipo médico, ya que no hay un contacto de manera clínica directa, a no ser que ocurra alguna complicación.

Las intervenciones simples como son las llamadas de seguimiento telefónico, mensajes de apoyo o recursos de autocuidado emocional pueden ser beneficios para la salud mental de las parejas.

Estas situaciones se producen de igual manera en las etapas de postratamiento, ya sean caso de éxito como de fracaso, a pesar de que resulta contradictorio lograr un embarazo no siempre resultada una resolución emocional automática, ya que las parejas pueden continuar con miedos, ansiedad o sentimientos de inseguridad, en especial si han pasado por múltiples pérdidas gestacionales previas.

En caso de fallo, la ausencia de acompañamiento emocional puede conllevar a que las parejas se encuentren desorientadas y sin ningún tipo de contención emocional, el papel de personal de enfermería vuelve a tener un rol clave para brindar esta continuidad en los cuidados, ofreciendo espacios seguros de escucha, validación del duelo y orientación para decidir si continuar con el tratamiento o cerrar el proceso de fertilidad.

Otro punto a destacar es la inquietud al acceso de los cuidados emocionales, ya que no todas las personas pueden acceder a psicólogo o terapeuta especializado en la reproducción asistida, debido a motivos económicos, geográficos o de desconocimiento.

La enfermería representa una oportunidad de democratizar el proceso en el apoyo emocional, ya que el rol puede adaptarse a los diferentes niveles de atención. El personal de enfermería puede actuar como facilitadoras, identificar signos de sufrimiento emocional y derivar a tiempo a los profesionales especializados en cuanto se detectan los síntomas severos.

En los países donde se han implementado los diferentes modelos interdisciplinarios, integrando tanto la salud física como la emocional, se ha podido observar una mejor satisfacción por parte de los pacientes, además de una menor tasa de abandono del tratamiento y una mejor adaptación frente a los resultados adversos.

Por ello es importante mencionar que la perspectiva del paciente aporta elementos fundamentales para la reorientación de las prácticas clínicas, ya que los usuarios no solo buscan la efectividad técnica, sino también sentirse acompañados, comprendidos y escuchados, ya que la calidad humana en el cuidado muchas veces representa más que la tecnología, debido a esta la enfermería tiene la responsabilidad y la oportunidad de posicionarse como un pilar en la atención humanizada, empática y centrada en la persona.

Las futuras líneas de investigación deben centrarse en diseñar y validar las diferentes intervenciones en el ámbito emocional de la fertilidad, evaluar el impacto y sistematizar las buenas prácticas. Además, se deben explorar las experiencias de los hombres, parejas homosexuales mujeres solas y personas dentro de los diferentes contextos

culturales, para poder desarrollar abordajes más inclusivos y representativos.

En conclusión, los diferentes tratamientos de reproducción asistida implican una experiencia emocional muy compleja, que conlleva más allá de aspectos biomédicos. El estrés, la ansiedad y el sufrimiento emocional son fenómenos reales como consecuencias clínicas y humana. La enfermería se encuentra en una posición privilegiada para el acompañamiento, la contención y la transformación de las vivencias durante el tratamiento.

CONCLUSIONES

La reproducción asistida ha emergido como una respuesta revolucionaria a los diferentes desafíos a los que se enfrenta miles de parejas alrededor del mundo en la búsqueda por lograr un embarazo a término correcto. Sin embargo, este tipo de intervenciones médicas no están exentas de profundas implicaciones psicológicas, emocionales y sociales que afectan tanto a los pacientes que se someten a este proceso como al entorno más cercano.

A lo largo del presente trabajo de investigación ha quedado demostrado que el abordaje de forma integral de los procesos de fertilización no debe limitarse únicamente a las dimensiones biomédicas, ya que el estrés, la ansiedad, el miedo, la frustración, la culpa y el duelo son los protagonistas del recorrido terapéutico.

Este sufrimiento emocional, en casi todas las situaciones se encuentra invisibilizado o subestimado, condiciona la experiencia de los pacientes, su adherencia al tratamiento, su percepción con el proceso y la calidad de vida durante y después de los diferentes intentos reproductivos.

Uno de los grandes aportes del presente estudio es visibilizar la necesidad incorporar de manera urgente una perspectiva psicoemocional en todos los niveles de atención en reproducción asistida. Las enfermeras no solo actúan como asistentes técnicas, sino como figuras clave en la comunicación, la contención, la educación y el acompañamiento de las parejas.

La cercanía humana, la continuidad del cuidado, la escucha activa y la empatía es una de las características del ejercicio de la profesión de enfermería, colocando esta profesión en una posición privilegiada para identificar los distintos síntomas de sufrimiento emocional, interviniendo de manera temprana y derivando a los especialistas de la salud mental en el momento necesario.

La inclusión de la enfermería como agente de la salud emocional en los tratamientos de reproducción asistida representa una respuesta ética, humana y científica en las necesidades reales de las parejas.

La evidencia científica ha permitido conocer que las distintas etapas del tratamiento conllevan diferentes cargas emocionales. La etapa diagnóstica suele estar marcada por la incertidumbre, confusión y la aparición de sentimientos de fracaso o culpa, en especial en las mujeres. Mientras que en la estimulación ovárica y las intervenciones clínicas existen también síntomas físicos y hominales que se unen a esta

tensión emocional. En el caso de la transferencia embrionaria y la betaespera son los momentos de máxima ansiedad anticipatoria. En el momento de la obtención del resultado positiva muchas mujeres experimentan miedos, ansiedad, inseguridad o dificultades para disfrutar plenamente del embarazo, en especial si han atravesado por abortos espontáneos. En el caso de resultado negativo, las emociones son de pérdida y duelo.

Ignorar estas dimensiones conduce a modelos de atención fragmentada e incompleto, además de potencialmente dañino para la salud integral de los pacientes y su entorno familiar.

Se ha demostrado que el ejercicio físico es una herramienta eficaz para aumentar las tasas de éxito en los tratamientos y para disminuir los niveles de estrés y ansiedad. La promoción del ejercicio físico y de hábitos saludables debe fomentarse por parte del acompañamiento del equipo de enfermería, ya que puede brindar y fomentar la salud física y el bienestar emocional.

El diseño de estrategias específicas de intervención desde la enfermería como lo son las sesiones de orientación, la educación emocional, el apoyo grupal, las intervenciones de mindfulness o seguimiento postratamiento ha demostrado ser muy efectivo para la mejoría de las vivenciadas durante el tratamiento. Sin embargo, estas iniciativas aún carecen del reconocimiento necesario por parte de las instituciones, la estandarización y financiamiento, por cual se limita su implementación de forma generalizada.

Como conclusión, la evidencia que se ha reunido reafirma que los tratamientos de reproducción constituyen un proceso muy complejo, íntimo y profundamente emocional. Las personas que atraviesan este camino requieren de tecnología avanzada y precisión médica, junto al acompañamiento de manera empática y contención emocional.

El personal de enfermería debido a su formación de manera integral y el contacto de manera directa con el paciente representa un actor central en la humanización de los cuidados reproductivos.

Es necesario que los sistemas de salud reconozcan el rol de la enfermería, lo fortalezcan mediante la capacitación de manera específica y los integren dentro de un modelo biopsicosocial de la atención.

Solo de esta manera será posible ofrecer un abordaje integral y centrado en los pacientes y en su entorno, que no se limite únicamente al éxito reproductivo, sino que considere el bienestar emocional como uno de los pilares fundamentales en la salud.

El futuro de la atención en la fertilidad debe estar orientado de una manera interdisciplinaria, mediante la inclusión de la diversidad de experiencias, el enfoque de género y el respeto por los tiempos emocionales de los pacientes.

Esto requiere una investigación constante, la voluntad política, la transformación institucional y el compromiso por parte de los diferentes profesionales. La enfermería está llamada a liderar estos cambios desde una perspectiva del cuidado integral, como base científica, sensibilidad humana y responsabilidad ética.

Las pacientes y sus parejas junto a sus familiares merecen un acompañamiento de forma integral, humana y digna de las experiencias más significativas, y en algunos dolorosas, de sus vidas. Cuidar su salud emocional es cuidar también de su salud reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Infertility is a global public health issue [Internet]. WHO; 2023 [citado 2025 mayo 28]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-who-launches-infographic-on-infertility>
- Putin Saura R, Herrero Esquerdo O, Ribas Rabert E, Corbella S. Impacto psicológico de la infertilidad en pacientes que realizan un tratamiento de reproducción asistida. *Calidad de Vida y Salud*. 2023; [citado 2025 mayo 28]16(2):2–25. Disponible en: <https://repositorio.uflo.edu.ar/entities/art%25C3%25ADculo/b7293a59-26f9-4183-8d1d-eacc1449b172>
- Boivin J, Harrison C, Mathur R. Patient-centred infertility care: current practices and future directions. *Reprod Biomed Online*. 2022; [citado 2025 mayo 28]44(6):1034–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.03.011>
- López-Torres C, Martínez-González C, Ruiz R. Rol de la enfermería en el acompañamiento emocional durante tratamientos de fertilidad. *Enferm Clin*. 2022; [citado 2025 mayo 30]32(2):78–84. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.09.001>
- Hospital Quirónsalud Málaga. El 54% de los tratamientos de fertilidad se abandonan por falta de apoyo emocional. 2020[citado 2025 mayo 31]. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/es/comunicacion/actualidad/54-tratamientos-fertilidad-abandonan-falta-apoyo-emocional>
- Madrid Sánchez M. Atención emocional y el papel de la enfermería en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Europea; 2023. [citado 2025 junio 1] Disponible en: <https://titula.universidadeuropea.com/xmlui/handle/20.500.12880/7601>
- Fuertes Lahoz E, Fernández Marco MA, Reyes Ripoll Córdoba J, Roy Guerrero L, Magadan Marcos MA, Puyal Alegret M. Actuación de enfermería en quirófano de reproducción asistida. *Rev Sanitaria Investig*. 2023 Dec 2 [citado 2025 junio 1]. Disponible en: <https://revista-sanitariadeinvestigacion.com/actuacion-de-enfermeria-en-quirofano-de-reproduccion-asistida>
- Torre García L de la. Disminución de la ansiedad en Reproducción Humana Asistida. Intervención enfermera necesaria [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Valladolid; 2022. [citado 2025 junio 1] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/54377>
- Manual MSD. Técnicas de reproducción asistida [Internet]. MSD Manuals; 2023 [citado 2025 May 31]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/infertilidad-y-aborto-espont%C3%A1neo-recurrente/t%C3%A9nicas-de-reproducci%C3%B3n-asistida>
- Reproducción Asistida ORG. Las técnicas de reproducción asistida: diferencias y complejidad [Internet]. Reproduccionasistida.org; 2024 [citado 2025 May 31]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/las-tecnicas-de-reproduccion-asistida>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres que se han sometido alguna vez o están sometiéndose a un tratamiento de reproducción asistida, tipo de tratamiento y edad al primer tratamiento [Internet]. INE; 2018 [citado 2025 Jun 4]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?L=0&file=09003.px&path=%2Ft20%2Fp317%2Fa2018%2Fdef%2Fp03%2Fe02%2Fi0%2F>
- Greil AL, McQuillan J, Slauson-Blevins K. The social construction of infertility. *Sociol Health Illn*. 2021; [citado 2025 junio 1] 43(2):370–86. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13200>
- Fernández Rivas P, Portas Yáñez JA. Alivio del sufrimiento psicológico en pacientes que sufrieron aborto espontáneo y sus familiares. *Rev Salud y Cuidado*. 2022; [citado 2025 junio 3] 1(4):74–96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9273540>
- Lakatos E, Szigeti JF, Ujma PP, Sexty R, Balog P. Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*. 2020 [citado 2025 junio 4];20(1):35. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00913-2>
- González-Mesa E, Rodríguez J, Cuenca-Fito E, et al. Enfermería y cuidados emocionales en reproducción asistida: más allá del procedimiento. *Enferm Clin*. 2021[citado 2025 junio 5];31(2):95–101. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28738833/>
- Gameiro S, van den Belt-Dusebout AW, Bleiker E, Verhaak CM. Women undergoing assisted reproductive treatment: Emotional distress during the waiting period for pregnancy test. *Hum Reprod*. 2021 [citado 2025 junio 6] ;36(5):1314–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humrep/deab027>
- Wischmann T. Male infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reprod Biomed Online*. 2019 [citado 2025 junio 6] ;38(2):137–47. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.10.006>
- Peterson BD, Gold L, Feingold T. The experience and influence of infertility: considerations for couples and counseling. *Fam Process*. 2021 [citado 2025 junio 6] ;60(2):576–89. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/famp.12620>
- Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME. Direct and indirect effects of perceived social support

- on women's infertility-related stress. *Hum Reprod.* 2020 [citado 2025 junio 6] ;35(7):1671–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa093>
20. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020 [citado 2025 junio 7] ;70:41–51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.05.009>
 21. Dancet EA, van Empel IW, Rober P, Nelen WL, Kremer JA, D'Hooghe TM. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Hum Reprod.* 2019 [citado 2025 junio 7] ;34(4):669–79. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humrep/dez015>
 22. Ramos A, Puga MC, García R. El rol de enfermería en los tratamientos de fertilidad. *Enferm Cient.* 2020 [citado 2025 junio 7] ;10(2):45–51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7745561>
 23. Morris SN, Missmer SA, Cramer DW, Powers RD, McShane PM, Hornstein MD. Effects of lifestyle factors on fertility. *Fertil Steril.* 2020 [citado 2025 junio 8] ;114(2):255–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.03.033>
 24. Santos MI, Lopes D, Gaspar P. Interventions by nurses to reduce anxiety in couples undergoing fertility treatment: a scoping review. *J Reprod Infant Psychol.* 2020 [citado 2025 junio 9] ;38(4):350–62. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1680340>
 25. Pedro J, Brandão T, Schmidt L, Costa ME, Martins MV. What do people value regarding gamete donation? Results from a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2022 [citado 2025 junio 9] ;28(2):216–34. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmab033>
 26. Gómez-Torres MJ, Torres-Sánchez I, Jiménez-Rodríguez D, Romero-Gámez M, García-López R. Método ROPA: análisis del impacto emocional en mujeres lesbianas. *Rev Esp Salud Pública.* 2020;94:e202004026.
 27. Santiago-Sáez F, Gómez-Beneyto M, Hurtado I. La experiencia emocional en el proceso de maternidad compartida: implicaciones psicológicas del método ROPA. *Psicothema.* 2021;33(2):289–96