

Disfunciones sexuales en pacientes con trastornos de la fertilidad: estudio
multicéntrico en Colombia

Sexual dysfunctions in patients with fertility disorders: a multicenter study in Colombia

Trabajo de grado para optar por el título de especialista en
Salud Reproductiva Humana
de:
Jesús Camilo Bolaños Palacios

Director de tesis:
Juliana Vanesa Rincón López

Co-director de tesis:
Ivonne Diaz Yamal

Fundación Universitaria Sanitas
Bogotá D.C Julio 2026

Resumen

Objetivo: Evaluar la asociación entre disfunciones sexuales e infertilidad en mujeres, hombres y parejas en edad reproductiva.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico descriptivo, transversal y prospectivo. Inclusión de participantes (241 mujeres y 163 hombres) con edades entre 24 y 48 años desde junio de 2025 a junio de 2026 en tres centros de reproducción asistida. Se administro a los participantes un cuestionario aplicando las escalas homologadas para el estudio de disfunciones sexuales: índice de función sexual femenina (FSFI) o el índice internacional de función eréctil IIEF-5 según corresponda en pacientes y parejas con diagnóstico de infertilidad.

Resultados: La muestra del estudio compuesta por 404 pacientes (241 mujeres y 163 hombres) tenía una edad media de 37.0 (33.5, 40.0) para mujeres, y 38.0 (34.0, 42.0) para hombres. se clasificaron en el grupo con disfunciones sexuales 64 mujeres (26.6%) y 67 hombres (41.1%).se observaron diferencias significativas en los factores de diagnóstico de infertilidad con mayor prevalencia de un componente mixto en pacientes clasificadas sin disfunciones sexuales 35.7% vs 28.1. Se encontró una prevalencia del 26.6% de al menos un grado de disfunción sexual femenina en pacientes con diagnóstico de infertilidad; y disfunción eréctil leve o superior en 41.1% de los casos de pacientes que llenaron la encuesta, hubo una correlación entre disfunción sexual femenina y sus parejas en un 27%.

Conclusión: Los hallazgos de este estudio respaldan la existencia de una asociación entre la infertilidad y la presencia de disfunciones sexuales en ambos miembros de la pareja, sugiriendo un impacto relevante de este contexto clínico sobre la esfera sexual.

Palabras Clave: Disfunción sexual, Infertilidad, disfunción eréctil, anorgasmia, FSFI, IIEF-5

Abstract

Objective: To evaluate the association between sexual dysfunctions and infertility in women, men, and couples of reproductive age.

Methods: Observational, multicenter, descriptive, cross-sectional, prospective study conducted at three assisted reproduction units in Bogotá, Colombia, between June 2025 and June 2026. Female sexual function was assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI), with a cutoff score of ≤ 26.55 points to define sexual dysfunction. Male erectile function was assessed using the International Index of Erectile Function (IIEF-5), with a cutoff score of < 22 points to define erectile dysfunction.

Results: Among the 404 participants enrolled, 241 women and 163 men, the median age was 37.0 years (IQR 33.5–40.0) for women and 38.0 years (IQR 34.0–42.0) for men. Female sexual dysfunction was identified in 64 women (26.6%), while some degree of erectile dysfunction was present in 67 men (41.1%). The infertility factor distribution differed significantly between women with and without sexual dysfunction ($p = 0.016$), with ovarian-factor infertility being more prevalent among those with dysfunction (37.5% vs. 19.8%). In the linked-couple subgroup ($n = 147$), a weak but statistically significant positive correlation was observed between total FSFI and IIEF-5 scores (Spearman's $\rho = 0.212$; $p = 0.010$).

Conclusion: These findings support an association between infertility and sexual dysfunction in both members of the couple, suggesting a clinically relevant impact of this context on sexual health. Systematic sexual health assessment should be integrated into the routine evaluation of patients attending assisted reproduction units.

Keywords: Sexual dysfunctions; Infertility; Erectile Dysfunction; Orgasm Disorder; FSFI; IIEF-5

INTRODUCCIÓN

La infertilidad afecta aproximadamente al 17,5% de la población adulta a nivel mundial (1), y se estima que entre 48 millones de parejas y 186 millones de personas viven actualmente con esta condición (2,3). En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2015, el 12,1% de las mujeres entre 15 y 49 años ha reportado problemas de fertilidad, con una prevalencia notablemente mayor en el grupo de 40 a 44 años (25,4%), sin que se disponga de datos específicos para la población masculina (4). Su prevalencia ha mostrado además una tendencia al aumento en las últimas décadas, asociada a factores como el retraso en la edad de búsqueda del embarazo (5); una de las condiciones asociadas a la infertilidad que con frecuencia no se evalúa de manera sistemática es la disfunción sexual (6).

Las disfunciones sexuales femeninas y masculinas se caracterizan por una alteración persistente en el deseo, la excitación, el orgasmo o la resolución sexual, que genera malestar clínicamente significativo o dificultades de pareja (6,7); en la mujer afectan principalmente el interés/excitación, el orgasmo y el dolor génito-pélvico, mientras que en el hombre comprometen el deseo, la erección, la eyaculación y el orgasmo (7). Para su evaluación se emplean instrumentos validados como el Female Sexual Function Index (FSFI), que valora de forma multidimensional la función sexual femenina: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (8,9), y el International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5), versión abreviada enfocada en el tamizaje y clasificación de severidad de la disfunción eréctil masculina (10), ambos permitiendo una medición objetiva, reproducible y comparable de la función sexual (8-10)

Las disfunciones sexuales afectan aproximadamente al 18-20% de los hombres y al 20-43% de las mujeres según los estudios más recientes (11-14); esta prevalencia varía significativamente según la edad, los criterios diagnósticos utilizados y si se incluye o no el componente de malestar personal asociado (11,15). En Colombia, el estudio COBaLT (2021) reportó una prevalencia de disfunción sexual del 47% en adultos sexualmente activos (52,9% en hombres y 38,9% en mujeres) (16).

Específicamente en el contexto de la infertilidad, un metaanálisis de 16 estudios (2667 mujeres infértiles vs. 2710 fértiles) identificó una mayor probabilidad de disfunción sexual en mujeres infértiles (OR 1,68; IC95% 1,38-2,05; $I^2=59\%$), así como puntuaciones menores en el FSFI en este grupo (17 estudios; diferencia media -1,60; IC95% -2,58 a -0,62) (6). En el contexto masculino, aunque varios estudios reportan mayor prevalencia de disfunción eréctil en hombres infértiles, el puntaje total del IIEF en el mismo metaanálisis (4 estudios; 1732 hombres infértiles vs. 1192 fértiles) no mostró diferencias estadísticamente significativas (DM -1,63; IC95% -3,55 a 0,29). Esto sugiere un incremento en problemas específicos (disfunción eréctil, eyaculación precoz), aunque con resultados mixtos según el instrumento de medición utilizado (6)

La asociación entre infertilidad y disfunciones sexuales puede explicarse mediante un modelo biopsicosocial, en el que factores fisiológicos, hormonales y vasculares interactúan con respuestas psicológicas y relacionales. Fisiológicamente, alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, niveles anómalos de testosterona, estrógenos o prolactina, y condiciones vasculares o neurológicas que afectan la perfusión genital pueden reducir la libido, la lubricación y la función eréctil u orgásmica (17-19). Psicológicamente, el estrés crónico y la ansiedad por el rendimiento reproductivo activan el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y elevan el cortisol, retroalimentando la disfunción hormonal y disminuyendo el deseo sexual (19-21); a esto se suma la tensión de pareja y la evitación de la actividad sexual al asociarla exclusivamente con la procreación, lo que perpetúa un ciclo que mantiene o agrava las disfunciones sexuales (20-22). Así, la infertilidad actúa tanto como factor precipitante (procedimientos médicos invasivos, expectativas de rendimiento) como mantenedor (estrés crónico, alteraciones hormonales, disrupción relacional) de las disfunciones sexuales, lo que sugiere la necesidad de intervenciones médico-psicológicas integradas (18-22). El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de disfunciones sexuales en pacientes con trastornos de la fertilidad atendidos en unidades de fertilidad de Bogotá, Colombia.

MÉTODOS

Este estudio transversal fue realizado en pacientes que acudieron a tres unidades de reproducción asistida en Bogotá D.C, Colombia entre junio de 2025 y junio de 2026. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que asistieron a consulta en los centros de estudio con diagnóstico de infertilidad. Se excluyeron participantes con discapacidad cognitiva que limite la capacidad para otorgar un consentimiento informado válido. La función sexual de los participantes se evaluó mediante el FSFI en el caso de las mujeres y el IIEF-5 en el caso de los hombres. Al finalizar la consulta (previa explicación y registro de consentimiento informado) los participantes tuvieron acceso a los instrumentos por medio de un QR codificado a una base de datos donde automáticamente quedaban registradas sus respuestas.

El FSFI consta de 19 preguntas agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta se responde mediante una escala tipo Likert que refleja la frecuencia o intensidad de las experiencias sexuales reportadas (9). La puntuación de cada dominio se obtiene mediante la suma de las respuestas correspondientes y la aplicación de factores de corrección específicos, y posteriormente se suman los seis dominios para obtener una puntuación total que oscila entre 2 y 36 puntos (8,23). Puntuaciones más elevadas indican una mejor función sexual, mientras que puntuaciones más bajas sugieren la presencia de disfunción sexual. Diversos estudios han propuesto puntos

de corte para identificar mujeres en riesgo de disfunción sexual femenina, siendo uno de los más utilizados el valor de 26,55 puntos, el cual fue utilizado en este estudio (23).

Por su parte, el IIEF-5 está compuesto por cinco preguntas que evalúan diferentes aspectos de la función eréctil durante los últimos seis meses. Los ítems exploran la confianza del hombre para lograr y mantener una erección, la frecuencia con la que las erecciones son suficientes para la penetración, la capacidad para mantener la erección después de la penetración, la dificultad para mantenerla hasta finalizar la relación sexual y el grado de satisfacción con el desempeño sexual. Cada pregunta se responde mediante escalas tipo Likert de 1 a 5 puntos, donde las puntuaciones más altas reflejan una mejor función eréctil (10). La puntuación total del IIEF-5 se obtiene sumando las respuestas de los cinco ítems, generando un rango que oscila entre 5 y 25 puntos. Esta puntuación permite clasificar la función eréctil en: normal (22-25 puntos), disfunción leve (17-21 puntos), disfunción leve a moderada (12-16 puntos), disfunción moderada (8-11 puntos) y disfunción severa (5-7 puntos) (10,24)

Las covariables se recopilaron mediante un cuestionario de referencia diseñado con base en la literatura (25,26), el cual incluyó variables demográficas: edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, presencia de enfermedades crónicas y consumo de medicamentos. Adicionalmente, la infertilidad se clasificó como primaria o secundaria, y se registró su probable factor causal (ovárico, masculino, coital, tubo peritoneal, uterino, anovulatorio, mixto o inexplicado).

Para el análisis univariado, las variables continuas se describieron mediante mediana y rango intercuartílico (RIQ), dado que no se asumió distribución normal, mientras que las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas (n, %). La función sexual femenina se evaluó mediante el puntaje total del FSFI y sus seis dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), clasificando a las participantes como "con disfunción sexual" o "sin disfunción sexual" según el punto de corte de 26,55 puntos. De manera análoga, la función eréctil se evaluó mediante el puntaje total del IIEF-5, clasificando a los participantes en cinco categorías (normal, disfunción leve, leve a moderada, moderada y severa), y de forma dicotómica como "con" o "sin" disfunción eréctil utilizando un punto de corte de 22 puntos.

Para el análisis bivariado, se compararon las características sociodemográficas y clínicas según la presencia o ausencia de disfunción sexual (femenina y masculina, respectivamente). Las variables continuas se compararon mediante la prueba de U de Mann-Whitney (Wilcoxon), y las variables categóricas mediante la prueba exacta de Fisher, según el tamaño muestral. En el subgrupo de parejas vinculadas, se evaluó la asociación entre la disfunción

sexual femenina y la disfunción eréctil de la pareja masculina mediante la prueba de chi-cuadrado. Adicionalmente, se evaluó la correlación entre los puntajes totales del FSFI y del IIEF-5 mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron utilizando el software estadístico R (versión 4.5.2).

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas y de las diferentes clínicas de fertilidad bajo el Acta No 029-25. La presente investigación se adhirió a los principios de la Declaración de Helsinki (2013).

Resultados

Se incluyeron 404 participantes, 241 mujeres y 163 hombres. Las mujeres tenían una edad mediana de 37 años (RIQ 33,5 – 40,0), respecto al estado civil 129 (53.8%) eran casadas, 82 (34.2%) se encontraban en Union libre, 28 (11.7%) eran solteras y 1 (0.4%) estaba separada. En cuanto al nivel educativo, 139 (57.9%) tenían estudios de posgrado, 67 (27.9%) eran universitarias, 23 (9.6%) tenían estudios técnicos/tecnológicos y 11 (4.6%) educación secundaria. Para ocupación 155 (64.3%) eran empleadas, 71 (29.5%) trabajaban de forma independiente, 10 (4.1%) eran amas de casa, 4 (1.7%) estudiantes y una (0,4%) reportó otra ocupación. No fumaban 228 (95%), 9 (3.8%) lo hacían ocasionalmente y 3 (1.3%) eran fumadoras activas. Respecto al consumo de alcohol, 143 (59,3%) no consumían, 94 (39,0%) lo hacían ocasionalmente y 4 (1,7%) sí consumían. Se identificaron 48 pacientes (19,9%) con alguna enfermedad crónica [confirmar detalle] y 113 (46,9%) reportaron consumo diario de medicamentos, ver Tabla 1.

Respecto a las características clínicas y sociodemográficas de los hombres incluidos en el estudio, se identificó una edad mediana de 38,0 años (RIQ 34,0–42,0). En cuanto al estado civil, 104 (63,8%) eran casados, 56 (34,4%) se encontraban en unión libre y 3 (1,8%) eran solteros. Respecto al nivel educativo, 85 (52,1%) tenían estudios de posgrado, 52 (31,9%) eran universitarios, 11 (6,7%) contaban con formación técnica/tecnológica y 15 (9,2%) tenían educación secundaria. En cuanto a la ocupación, 113 (69,3%) eran empleados, 49 (30,1%) trabajaban de forma independiente y 1 (0,6%) reportó otro tipo de contratación. En cuanto al consumo de tabaco, 140 (85,9%) no fumaban, 15 (9,2%) lo hacían ocasionalmente y 8 (4,9%) eran fumadores activos. Respecto al consumo de alcohol, 49 (30,1%) no consumían, 101 (62,0%) lo hacían ocasionalmente y 13 (8,0%) sí consumían. Se identificaron 16 participantes (9,8%) con alguna enfermedad crónica [confirmar detalle] y 26 (16,0%) participantes que consumían medicamentos, ver tabla 2.

Para el diagnóstico de infertilidad en mujeres, 125 pacientes (51,9%) tuvieron un diagnóstico de infertilidad primaria, y 111 (46,1%) un diagnóstico de infertilidad secundaria, tabla 1. En cuanto a los factores de infertilidad, se identificó mayor prevalencia del factor mixto en 86 pacientes (35,7%), seguido del factor ovárico en 59 pacientes (24,5%); factor masculino en 23 pacientes (9,5%); factor tubo-peritoneal en 23 pacientes (9,5%); factor anovulatorio en 22 pacientes (9,1%); factor coital en 1 paciente (0,4%); factor inexplicado en 23 pacientes (9,5%); y factor uterino en 4 pacientes (1,7%).

La evaluación de la función sexual femenina mediante el FSFI (Tabla 3) mostró una mediana total de 29,80 puntos (RIQ 26,40–31,90). El 26,6% ($n = 64$) de las participantes presentó disfunción sexual femenina. El dominio con mayor puntuación fue satisfacción sexual (5,60; RIQ 4,80–6,00), mientras que el dominio deseo presentó la menor puntuación (4,20; RIQ 3,60–4,80).

En cuanto a la función sexual masculina, el puntaje total mediano del IIEF-5 fue de 22 puntos (RIQ 20–24). La mayoría de los participantes no presentó disfunción eréctil (58,9%), no obstante, se identificó algún grado de disfunción en el 41,1% de la muestra, siendo la forma más frecuente la disfunción leve (33,7%), seguida de la disfunción leve-moderada (6,7%) y la moderada (0,6%). En cuanto a los dominios evaluados, las medianas fueron de 5 puntos (RIQ 4–5) en la mayoría de los ítems, excepto en la confianza para mantener la erección, que presentó una mediana de 4 puntos (RIQ 3–5), (ver tabla 3b).

En el subgrupo de participantes en quienes fue posible vincular a ambos miembros de la pareja ($n=147$), se observó que el 27,4% ($n=17$) de las mujeres cuyas parejas presentaban disfunción eréctil reportaron disfunción sexual femenina, en comparación con el 20% ($n=17$) de aquellas cuyas parejas no presentaban disfunción eréctil, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,392$). El análisis de correlación de Spearman mostró una correlación positiva débil entre los puntajes de función sexual femenina y función eréctil de la pareja ($\rho = 0,212$; $p = 0,010$).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la función sexual en parejas con diagnóstico de infertilidad, analizando la prevalencia de disfunciones en ambos sexos, los factores asociados y la posible correlación entre los miembros de la pareja. Nuestros resultados revelan una prevalencia de disfunción sexual femenina (DSF) del 26.6% y de algún grado de disfunción eréctil (DE) en el 41.1% de los hombres evaluados (siendo la forma leve la más predominante con un 33.7%). Estos hallazgos son consistentes con la literatura previa, la cual

ha descrito que el estrés psicológico, la presión social y personal por concebir, y la cronicidad del proceso diagnóstico y terapéutico impactan negativamente la esfera sexual de las parejas con infertilidad (1,6,30)."

En cuanto a la DSF, la frecuencia observada en nuestra cohorte se alinea con lo descrito en poblaciones clínicas comparables, particularmente en mujeres en contexto de infertilidad, donde se han documentado prevalencias significativas aun en ausencia de patología orgánica evidente (2,3,16,30). Más allá de la magnitud, resulta relevante analizar los factores asociados. La edad ha sido consistentemente descrita como un determinante de la función sexual femenina, con una disminución progresiva del deseo, la excitación y la lubricación relacionada tanto con cambios hormonales como con factores psicosociales (4,5,14,15). Asimismo, el uso de medicamentos, especialmente antidepresivos, ansiolíticos y antihipertensivos, ha mostrado un impacto negativo sobre múltiples dominios de la respuesta sexual femenina (6,7). Sin embargo, el factor de mayor peso en nuestra población parece ser la infertilidad misma, la cual se ha asociado con alteraciones en la autoestima, aumento del estrés y medicalización de la sexualidad, transformando el acto sexual en una actividad programada y orientada a la reproducción más que al placer (8–11,20-22). El impacto del estrés crónico y de las expectativas sociales también se refleja en los mecanismos neuroendocrinos que modulan la respuesta sexual, tal como señalan trabajos sobre la respuesta al estrés y su influencia en la función sexual y reproductiva (21).

En los hombres, aunque se identificó una proporción considerable de disfunción eréctil (DE), no se evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas con las variables analizadas. Este hallazgo sugiere que los determinantes de la función eréctil en este contexto podrían no estar adecuadamente capturados por variables clínicas o sociodemográficas tradicionales.(22,30). La literatura respalda que factores psicológicos, como la ansiedad de desempeño, el estrés asociado al diagnóstico de infertilidad y la presión por lograr la concepción, desempeñan un papel central en la fisiopatología de la disfunción eréctil, incluso en hombres jóvenes sin comorbilidades (12,13,22). Adicionalmente, la disociación entre función eréctil objetiva y percepción subjetiva de desempeño podría explicar por qué dominios como la confianza muestran mayor afectación que otros componentes más fisiológicos (18,24,30).

El análisis por dominios permite identificar patrones específicos que no son evidentes al considerar únicamente los puntajes globales. En mujeres, el dominio del deseo se mantiene como el más vulnerable, lo cual coincide con múltiples estudios que lo posicionan como el componente más susceptible a factores emocionales y contextuales, particularmente en escenarios de infertilidad (6,8,16,23). Este hallazgo refuerza la noción de que el deseo sexual es altamente sensible a la carga psicológica y relacional (22,28). En hombres, aunque la mayoría de los ítems del IIEF-5 muestran valores conservados, la menor puntuación en la

confianza para mantener la erección sugiere un componente anticipatorio o cognitivo, más que una alteración estructural, lo cual es coherente con modelos actuales de disfunción eréctil de predominio psicógeno (12,13,24,30).

Respecto a la dinámica de pareja, aunque no se observaron diferencias significativas en la prevalencia de DSF según la presencia de DE en la pareja, la correlación positiva débil encontrada entre ambos puntajes sugiere una interdependencia funcional. Este fenómeno ha sido previamente descrito, indicando que la función sexual dentro de la pareja no debe evaluarse de manera aislada, sino como un sistema interrelacionado donde factores emocionales, comunicativos y de satisfacción global influyen en ambos miembros (6,18,27,28). En el contexto de infertilidad, esta interacción puede verse amplificada por el estrés compartido y las expectativas reproductivas.

Entre las fortalezas del estudio destaca el uso de instrumentos validados como el FSFI y el IIEF-5, así como la evaluación simultánea de ambos miembros de la pareja, lo que permite un abordaje integral de la función sexual. (8–11,23,24) No obstante, se deben considerar limitaciones importantes. El diseño transversal limita la inferencia causal, y la ausencia de variables psicológicas específicas impide profundizar en mecanismos subyacentes, particularmente en la disfunción eréctil (11,28). Asimismo, el autorreporte puede introducir sesgos de deseabilidad social, especialmente en un tema sensible (20–22). A pesar de ello, los hallazgos aportan evidencia relevante sobre el impacto multifactorial, y especialmente el rol central de la infertilidad, en la función sexual, destacando la necesidad de un enfoque clínico integral que incluya la evaluación sistemática de la salud sexual en estas parejas (6,28,30).

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este estudio respaldan la existencia de una asociación entre la infertilidad y la presencia de disfunciones sexuales en ambos miembros de la pareja, sugiriendo un impacto relevante de este contexto clínico sobre la esfera sexual. A pesar de ello, la población evaluada muestra en general una función sexual globalmente adecuada según los puntajes del FSFI y el IIEF-5, lo que indica una preservación de la respuesta fisiológica. Esta aparente discrepancia podría explicarse por posibles sesgos, como el autorreporte, la deseabilidad social o la ausencia de variables psicológicas y relacionales no medidas. En este sentido, se hace necesario el desarrollo de estudios futuros con enfoques longitudinales y multidimensionales que permitan comprender de manera más integral la interacción entre infertilidad y función sexual.

REFERENCIAS

1. Ombelet W. WHO fact sheet on infertility gives hope to millions of infertile couples worldwide. *Facts Views Vis Obgyn.* 2020;12(4):249–251.
2. Njagi P, Groot W, Arsenijevic J, et al. Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low and middle income countries: a systematic review. *Hum Reprod Open.* 2023;2023(2):hoad007.
3. Cox CM, Thoma ME, Tchangalova N, et al. Infertility prevalence and the methods of estimation from 1990 to 2021: a systematic review and meta analysis. *Hum Reprod Open.* 2022;2022(4):hoac051.
4. Ministerio de Salud y Protección Social (Col), Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015. Bogotá: Minsalud/Profamilia; 2016.
5. Jain C, Khan W. Psychosocial Concomitants of Infertility: A Narrative Review. *Cureus.* 2025;17(3):e80250.
6. Leeners B, Tschudin S, Wischmann T, Kalaitzopoulos DR. Sexual dysfunction and disorders as a consequence of infertility: a systematic review and meta analysis. *Hum Reprod Update.* 2023;29(1):95–125.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5 TR.* 5th ed, text rev. Washington DC: APA; 2022.
8. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191–208.
9. Vallejo Medina P, Pérez Durán C, Saavedra Roa A. Translation, adaptation, and preliminary validation of the FSFI into Spanish (Colombia). *Arch Sex Behav.* 2018;47(3):797–810.
10. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5 item version of the International Index of Erectile Function (IIEF 5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 1999;11(6):319–326.
11. Kessler A, Sollie S, Challacombe B, et al. The global prevalence of erectile dysfunction: a review. *BJU Int.* 2019;124(4):587–599.
12. Christensen BS, Giraldi A, Kristensen E, Hald GM. Sexual dysfunctions in a nationally representative sample of Danish men and women: prevalence and associated factors. *J Sex Med.* 2022;19(8):1210–1223.
13. Briken P, Matthiesen S, Pietras L, et al. Estimating the prevalence of sexual dysfunction using ICD 11 guidelines: an EMIS study. *Eur J Public Health.* 2020;30(5):1100–1105.

14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 213: Female Sexual Dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2019;134(1):e1-e18.
15. Kingsberg SA, Clayton AH, Portman D, et al. Sexual dysfunction in women. *N Engl J Med.* 2024;390(16):1512–1525.
16. Balado A, Trujillo CG, Caicedo JI, et al. Assessment of female sexual dysfunction and erectile dysfunction: Results from the COBaLT study. *J Sex Med.* 2021;18(6):1065–1074.
17. Martin KA, Anderson RR. Endocrine and vascular contributions to sexual dysfunction. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(8):2955–2964.
18. Starc A, Trampuš M, Pavan Jukić D, et al. Infertility and sexual dysfunctions: a systematic literature review. *Acta Clin Croat.* 2019;58(3):508–515.
19. Smith JF, Eisenberg ML. Hormonal influences on male sexual function and infertility. *Fertil Steril.* 2014;101(3 Suppl):S2–S9.
20. Greil AL, Slauson Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn.* 2010;32(1):140–162.
21. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol.* 2009;5(7):374–381.
22. Hammarberg K, Fisher JRW. Psychosexual aspects of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(2):151–159.
23. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The FSFI: cross validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1–20.
24. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49(6):822–830.
25. Pakpour AH, Zeidi IM, Ziaeiha M. Factors associated with female sexual dysfunction in infertile women: a cross-sectional study. *BMC Women's Health.* 2022;22(1):145.
26. Keskin U, Coksuer H, Gungor S, Ercan CM, Karasahin KE, Baser I. Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertil Steril.* 2011;96(5):1213–1217.
27. Wischmann T. Sexual disorders in infertile couples. *J Sex Med.* 2010;7(5):1868–1876.
28. Wischmann T, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Hum Reprod.* 2009;24(2):378–385.
29. Serretti A, Chiesa A. Treatment emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta analysis. *J Clin Psychopharmacol.* 2009;29(3):259–266.

30. Fisher JRW, Hammarberg K. Psychological and social aspects of infertility in men: overview and implications for clinical care. Asian J Androl. 2012;14(1):121–129.

FINANCIACIÓN

La presente investigación no tuvo financiación externa. Se financió con recursos propios de los investigadores.