



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado en Enfermería

**Proyecto educativo para mujeres y sus parejas en
tratamientos de fertilidad**

Alumna: Iria Lourido Alonso

Directora: Matilde Fernández y Fernández-Arroyo

Madrid, Abril de 2020

ÍNDICE

1.	Resumen.....	5
2.	Abstract.....	6
3.	Presentación	7
	3.1 Agradecimientos:	8
4.	Estado de la cuestión.....	9
	4.1 Fundamentación	9
	4.1.1 Introducción.....	9
	4.2 Antecedentes.....	10
	4.2.1 Conceptos básicos sobre fertilidad	11
	4.2.2 Factores condicionantes	11
	4.2.3 Técnicas de reproducción asistida	13
	4.2.4 Concepto sociocultural de la maternidad	15
	4.2.5 Relación entre reproducción asistida y enfermería	16
	4.2.6 Aspectos psicológicos	18
	4.2.7 Marco legal de la reproducción asistida	21
	4.3 Justificación.....	22
5.	Población diana, captación y cobertura	24
	5.1 Población diana	24
	5.2 Captación	24
	5.3 Cobertura	25
6.	Objetivos	26
	6.1 Objetivo general.....	26
	6.2 Objetivos específicos	26
7.	Contenidos	27
8.	Sesiones, metodología, materiales	28
	8.1 Organización	28
	8.2 Educadores	28

8.3 Cronograma.....	28
8.4 Sesiones educativas	29
8.4.1 Primera sesión.....	29
8.4.2 Segunda sesión	32
8.4.3 Tercera sesión.....	35
9. Evaluación	37
9.1 Evaluación de la estructura y el proceso	37
9.2 Evaluación de los resultados	37
Bibliografía	38
ANEXOS	41
ANEXO I. Cartel/Panfleto informativo del curso.....	42
ANEXO II. Cuestionario FertiQol	43
ANEXO III. Cuestionario de satisfacción	45
ANEXO IV: Hoja de firmas control asistencia	47

1. Resumen

La reproducción asistida es un ámbito sanitario que lleva muy pocos años en vigor. Sin embargo, es uno de los temas sanitarios para parejas jóvenes más relevantes. Esto es debido al retraso en la edad de paternidad. En este ámbito la enfermería aún tiene una gran capacidad de expansión. Sobre todo hacia el rol docente y hacia la atención integral de estos pacientes ambulatorios.

A nivel sociosanitario es de gran importancia el cuidado de la esfera emocional en estos pacientes. Por ello, el objetivo principal de este trabajo ha sido elaborar un proyecto educativo que permita mejorar la vivencia de los procesos de reproducción asistida. A través de él se dota a los pacientes de los conocimientos básicos necesarios acerca de las diferentes técnicas, sus particularidades y de los mecanismos necesarios para el afrontamiento de los sentimientos negativos que puedan surgir a consecuencia de estos tratamientos o sus tiempos de espera.

Palabras clave: Fertilidad, fármacos para la fertilidad, ansiedad, cuestionario de salud del paciente, adaptación psicológica y trastornos de adaptación.

2. Abstract

Assisted reproduction is a health area that has only been in existence for a few years. However, it is one of the most relevant health issues for young couples. This is due to the delay in the age of paternity. In this area, nursing still has a great capacity for expansion. Above all towards the teaching role and the integral care of these outpatients.

At a social-healthcare level, the care of the emotional sphere in these patients is of great importance. Therefore, the main objective of this work has been to develop an educational project to improve the experience of assisted reproduction processes. Through it, patients are provided with the necessary basic knowledge about the different techniques, their particularities and the mechanisms needed to face the negative feelings that may arise as a result of these treatments or their waiting times.

Key words: Fertility, fertility agents, anxiety, patient health questionnaire, psychological adaptation, adjustment disorders.

3. Presentación

La reproducción asistida es un conjunto de procedimientos y técnicas que se emplean para ayudar a las parejas con problemas de fertilidad o esterilidad, primaria o secundaria, a concebir. Para ello, cuenta con diversos métodos de asistencia humana.

El año pasado, tuve el privilegio de poder conocer, desde dentro, la unidad de reproducción asistida del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Durante todo el tiempo que pasé allí me di cuenta de la capacidad de desarrollo que existe aún en este tipo de unidades para la enfermería. Además, también vi que había una consulta exclusiva de enfermería en la cual, todos los pacientes iban siendo informados sobre cómo llevar a cabo ciertas técnicas según la fase de su tratamiento. Esto hizo nacer la idea base para realizar mi proyecto orientado a este campo. Pero quise ir más allá: Dado que la enfermería tiene una labor de cuidado integral en este campo, ¿Cómo podríamos mejorar esta atención?, ¿Cómo podríamos atender de una manera más efectiva la esfera psicoemocional? Y así fue como encontré la motivación final de mi trabajo de fin de grado, en la pregunta de cómo podemos mejorar, en este campo tan concreto y creciente, el aspecto más humano de nuestra profesión.

Después de un largo período de búsqueda bibliográfica, vi que había mucho más donde profundizar y por donde abordar: No sólo afecta a la mujer (de manera física, emocional, en su vida laboral, en su sexualidad, en su autoestima, etc.), sino que también afecta al hombre en su individualidad, y además de todo eso, afecta a la pareja como conjunto. Darme cuenta de todo cuanto se puede hacer, y las dificultades para llevarlo a cabo, es lo que me ha llevado a querer hacer este proyecto educativo, para poder ayudar a parejas que necesiten una referencia, una respuesta a sus ¿y ahora qué?

La reproducción asistida es actualmente un tema que cuenta con un crecimiento exponencial de demanda. Esta necesidad me planteó la inquietud de empezar a investigar sobre este tema. Conocer las repercusiones psicológicas que las personas padecen en relación con estos tratamientos y desarrollar un proyecto educativo que pueda colaborar al desarrollo enfermero en esta área asistencial.

3.1 Agradecimientos:

Mamá, Papá, gracias. Gracias por ese apoyo constante, por soportar ese mal humor cuando no encontraba la inspiración, por todos estos años de estrés y lágrimas que siempre acababan en risas, por no dejar de confiar nunca en mí, por estar siempre a mi lado. Sin vosotros nunca hubiera llegado hasta aquí. Gracias por perseguir mi sueño conmigo hasta el final.

Abuelo, gracias por ese orgullo en tu mirada, que me inspira a ser mejor y por ser la alegría más sincera. Gracias por confiar en mí.

Natalia, Paula, Jorge, Kiko, Pablo, gracias por haberme acompañado en los últimos cuatro años, por poner los ladrillos base a mis nuevos comienzos, por darme la mano cuando he tenido miedo, por las risas, por las lágrimas, por lo bueno y por lo malo.

Gracias también a ti, Matilde, mi tutora durante la andanza más difícil y la más bonita del camino. Gracias por tu paciencia, esfuerzo y dedicación para que esto esté llegando a su final feliz.

Gracias a cada profesor y trabajador de la Universidad, por querer hacerlo todo un poquito mejor, por querer enseñar todo lo bonito de esta profesión, y por siempre estar presentes en mi cabeza a través de la frase de 'detrás de una herida, hay una persona, que no se os olvide nunca'.

Y, por último, pero sin embargo casi lo más importante, a ti, Jorge. Gracias por la infinita paciencia que tienes conmigo, por ser el que más soporta las interminables semanas de exámenes, por haberle dado un sentido "real" a la enfermería, por haberla convertido de un sueño a un proyecto de vida y haberla llenado, si cabe, un poco más de magia e ilusión. Gracias por haber hecho que lo que normal sea extraordinario. Gracias por haberme apoyado hasta aquí. Por confiar, por estar, por ser y por sumar cuando lo demás restaba. Mucho más que mucho.

4. Estado de la cuestión

4.1 Fundamentación

4.1.1 Introducción

Para abordar este tema se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: Mujeres y sus parejas sometidas a tratamientos de fertilidad con una intervención educativa comparándolo con las mujeres y sus parejas gestantes de manera natural queriendo aumentar el conocimiento y la satisfacción dividido tal y como se muestra en la tabla nº 1.

DESARROLLO DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN SEGÚN MODELO PICO	
POBLACIÓN	Mujeres y sus parejas sometidas a tratamientos de fertilidad
INTERVENCIÓN	Intervención educativa a mujeres y sus parejas sometidas a tratamientos de fertilidad
COMPARACIÓN	Mujeres y sus parejas que tienen la gestación de manera natural
RESULTADO	Aumentar el conocimiento y la satisfacción en las mujeres y sus parejas sometidas a tratamientos de fertilidad

Tabla 1: Desarrollo de la pregunta de investigación según modelo *PICO*. De elaboración propia.

Tras la formulación de la pregunta PICO, se buscaron los siguientes descriptores de ciencias de la salud medical subject headings, MESH y descriptores en ciencias de la salud, DECS, en inglés y español respectivamente. Dichos términos se utilizaron para la selección de trabajos relacionados con el tema de investigación y se presentan en la tabla nº2.

TÉRMINOS MESH Y DECS						
MESH	Fertility	Fertility agents	Anxiety	Patient health questionnaire	Psychological adaptation	Adjustment disorders
DECS	Fertilidad	Fármacos para la fertilidad	Ansiedad	Cuestionario de salud del paciente	Adaptación psicológica	Trastornos de adaptación

Tabla 2: Términos MESH y DECS, Elaboración propia

El proceso de búsqueda se desarrolló en dos fases. Inicialmente se seleccionaron los artículos que trataban sobre las repercusiones psicológicas de los tratamientos y sobre la información general de los mismos, y tras la lectura de los abstract, se excluyeron aquellos

que no se ajustaban a lo buscado o a los que no pudiera acceder de manera gratuita al artículo completo. En la segunda fase, se realizó una lectura del texto completo y se seleccionaron aquellos cuyo contenido se relacionaba con el objetivo y el contenido del trabajo. Se utilizaron bases de datos como PubMed, Dialnet o Google Scholar, además de diferentes manuales físicos obtenidos en la biblioteca. Se intentó que todos los artículos fueron de gran actualidad, con menos de 5 años de antigüedad, aunque en el caso de los manuales fue imposible ya que la mayoría eran de entre 2012 y 2016.

Para desarrollar el estado de la cuestión se presentan en primer lugar los antecedentes de la situación actual. Después se explican los principales conceptos de fertilidad y las técnicas de reproducción asistida. También se detallan las referencias socioculturales hacia el concepto de maternidad, la relación entre la reproducción asistida y la enfermería. Por último, se estudian las principales repercusiones psicológicas en este mismo contexto.

4.2 Antecedentes

La fertilidad ha sido tradicionalmente asociada al bienestar social de una familia, de tal manera, que lo que se esperaba de una pareja recién casada, es que trajera niños al mundo. Desde la inclusión en el mundo laboral de la mujer, a partir del siglo XX, la edad de maternidad ha ido en aumento hasta tal punto que, ahora en España, la media para tener el primer hijo son unos 32 años según fuentes del INE (1). Nuestro país es ahora el segundo de Europa con mayor edad. En la tabla nº3 se observan los datos obtenidos a partir del INE según el año.

	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
EDAD	32,71	32,58	32,49	32,38	32,27	32,21	32,15	32,05	31,85

Tabla 3: Evolución cronológica de la edad para tener al primer hijo. Datos obtenidos del INE, tabla de elaboración propia

Los seres humanos tenemos una capacidad reproductiva muy limitada (2), en un año, una pareja en edad fértil, por ejemplo, entre los 25 y los 30 años, solo alrededor de un 75% conseguirán un embarazo. Las mujeres alcanzamos nuestra mayor fertilidad entre los 20 y los 25 años, es por eso que, en un mes, el porcentaje de lograr un embarazo en una pareja menor de 30 con ambos individuos saludables es de entre el 25 y el 30%. Las posibilidades de embarazo en las mujeres van disminuyendo con los años, especialmente después de los 35, haciéndose mucho más improbable tras los 40. Aumentan además de las dificultades las probabilidades de aborto espontáneo.

En la actualidad existe la posibilidad de extraer los óvulos y congelarlos entre los 20 y los 30 años para así aumentar las posibilidades de embarazo si este se diera más allá de los

35. Es una opción cada vez más utilizada por aquellas mujeres que desean aplazar su maternidad.

Debido a todos estos factores, va en aumento el porcentaje de población que necesitará en algún momento de su vida reproductiva algún tipo de consejo o tratamiento de reproducción asistida.

4.2.1 Conceptos básicos sobre fertilidad

Como conceptos básicos de la fertilidad se definirán cuatro conceptos: Fertilidad, infertilidad (primaria y secundaria), esterilidad, subfertilidad y fecundabilidad.

- Fertilidad: Capacidad para concebir y llevar a término un embarazo sano en un tiempo máximo de un año.
- Infertilidad: Incapacidad para concebir un embrión sano sin haberlo logrado nunca (primaria) o habiéndolo logrado antes (secundaria).
- Esterilidad: Incapacidad para concebir tras un máximo de un año sea por primera vez (primaria) o tras haber logrado una concepción previa no volver a lograrla (secundaria).
- Subfertilidad: Capacidad para concebir sin ningún tipo de ayuda sanitaria.
- Fecundabilidad: Cuánto de probabilidad hay de conseguir un embarazo en un ciclo menstrual. (3, 4, 5, 6, 7)

4.2.2 Factores condicionantes

Hay muchos factores que influyen en la fertilidad los principales se exponen a continuación:

- Físicos/Biológicos:
 - Obesidad: Debido a los problemas derivados de esta condición física extrema, la posibilidad de un embarazo disminuye significativamente.
 - Factores ováricos: Cualquier problema en el aparato reproductor femenino que influya de manera negativa en la fertilidad de la mujer ya sean patologías como endometriosis, síndrome de ovario poliquístico (SOP), amenorreas, problemas hormonales o factores como la baja reserva ovárica.
 - Factores espermáticos: Algunas sustancias disminuyen la motilidad espermática, también influirán traumatismos en esa zona, además de diferentes patologías en la zona testicular como criptorquidia, varicoceles, disfunciones en la eyaculación, infecciones de cualquier parte del aparato reproductor.
 - Edad: Está biológicamente demostrado que, a mayor edad, menos reserva ovárica y menos calidad de los espermatozoides, con lo cual se incrementa la dificultad de concebir.
- Por el estilo de vida

- Tabaco: Afecta tanto en mujeres como en hombres. En estos últimos, afecta a su calidad y cantidad espermática y en las mujeres aumenta los riesgos de aborto, de embarazos ectópicos y además necesitarán más estimulación para lograr un embarazo.
- Alcohol: En las mujeres, ya que el alcohol tiene efectos metabólicos diferentes a los que tiene en los hombres, un consumo elevado de esta sustancia tendrá efectos nocivos en la regulación hormonal, en la ovulación y habrá un riesgo muy elevado de aborto. En los hombres, disminuirá la testosterona y la producción espermática, incluso se producirá disfunción eréctil.
- Drogas: Las drogas, todas, tienen efectos negativos para la salud y por tanto también afectarán a la salud reproductiva.
- Cafeína: En la bibliografía se describen efectos adversos ante un consumo elevado de cafeína, sobre todo en las mujeres en el proceso de fecundación.
- Medicinas: Algunos tipos de medicación afectan a las capacidades reproductivas, será importante que los facultativos conozcan los deseos de la pareja de concebir antes de su prescripción.
- Exposición a sustancias químicas: Suelen afectar a la función testicular especialmente.
- Sedentarismo: La inactividad física puede causar problemas en nuestro cuerpo y además puede causar desequilibrios hormonales.
- Psicológicos (9, 10)
 - Estrés: El estrés es conocido por tener potencial de alteración no solo del sistema hormonal, sino que puede causar disfunción eréctil en los varones y alteraciones de los ciclos mensuales en las mujeres, afectando así a su capacidad reproductiva.
 - Trastornos psicológicos (ansiedad, depresión): Ya que el deseo del embarazo es por sí mismo un gran estresor, especialmente para la mujer, pueden generarse este tipo de patologías que por los desequilibrios que producirán y la medicación que requerirán, harán aún más complicado el poder lograr una gestación a término.

Además de todos estos factores hay que tener en cuenta que existe un porcentaje de casos en los que no existe ninguna explicación para la infertilidad, se denomina infertilidad de origen desconocido (4, 5, 6, 7, 8).

Se puede además hacer una clasificación según la causa de la infertilidad sea por factores masculinos, femeninos, mixtos o de causa desconocida (4, 5, 9):

- Factores masculinos: todas aquellas patologías que impiden que la calidad, cantidad, morfología o movilidad de los espermatozoides sean suficientes

como para fecundar al óvulo.

- Factores femeninos: Síndrome de ovario poliquístico, exceso de prolactina, disfunciones hipotalámicas.
- Factores mixtos: Aquellos en los que ambos miembros de la pareja presentan un problema.
- Factores desconocidos: Aquellos que no tienen causa.

Tomando los porcentajes de cada una de las causas, obtenemos como resultado en el gráfico nº1:

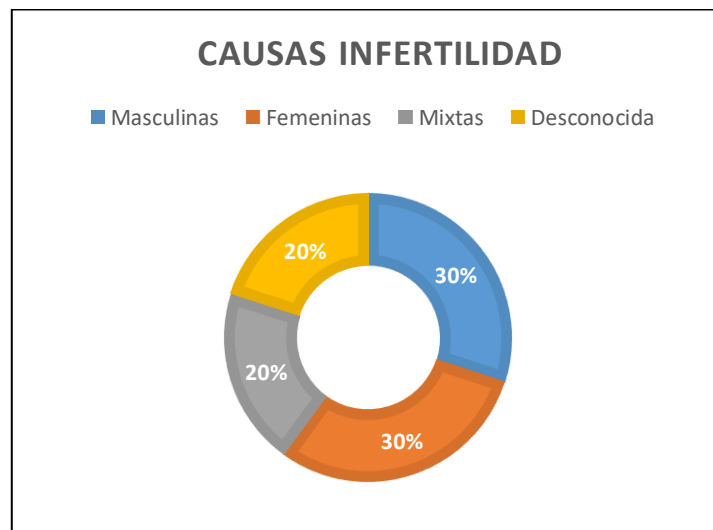


Gráfico 1: Principales causas de infertilidad y sus porcentajes, según manual de reproducción asistida (6), gráfico de elaboración propia

4.2.3 Técnicas de reproducción asistida

Existen una gran diversidad de técnicas de reproducción asistida. Dependiendo del problema que cause la infertilidad, se elegirán unas u otras. Al haber tanta variedades estudiarán las posibilidades de cada pareja, o mujer, y se elegirá la técnica más adecuada a sus necesidades.

En las entrevistas previas a la realización de los tratamientos también se recogen preguntan antecedentes familiares (alteraciones cromosómicas, malformaciones congénitas, etc.), enfermedades susceptibles de transmisión vertical (de madre a hijo a través de la placenta o del cordón umbilical como el VIH) o enfermedades potencialmente mortales que haya habido en la familia (ICTUS, IAM, neoplasias), para evaluar si una inyección intracitoplasmática de esperma (ICSI) sería la mejor opción, ya que podría hacerse un estudio embriológico y seleccionar solamente como embriones válidos aquellos que no posean determinados genotipos. Es decir, se seleccionan aquellos embriones que no presenten alteraciones cromosómicas o que presenten la composición genotípica deseada.

A continuación, se especifican los diferentes tipos de tratamientos de fertilidad más utilizados:

- Cirugía reproductiva: Se denomina así a cualquier tratamiento quirúrgico que elimine alguna causa de infertilidad, como por ejemplo miomas, hidrosálpinx, adherencias pélvicas, útero septo parcial o completo (malformación congénita uterina que consiste en una pared que separa el útero en dos cavidades si es completa o que divide una parte de este si es parcial. Esta malformación ocasiona abortos de repetición) (6).
- Coito dirigido: Se calculan los ciclos menstruales de la mujer y cuándo serán los días más fértiles y se programan coitos para esos días. Es la primera opción de tratamiento en parejas ya que es la que conlleva menos coste y menor tiempo. Además de esto, puede estudiarse el ciclo mediante controles ecográficos transvaginales y administrar la hormona gonadotropina coriónica humana o HCG (induciendo así la ovulación) cuando se crea conveniente (6).
- Inseminación artificial: Se extraen los espermatozoides del hombre manualmente, generalmente de la pareja (Inseminación artificial conyugal, IAC) o se consiguen a través de un donante (Inseminación artificial con donante, IAD) en un banco de semen, se tratan en el laboratorio y en la consulta se le inyectan a la mujer vía intracervical (lo más común) o vía vaginal. Se realizará un test en sangre de b-hcg para comprobar el resultado en unas 3-4 semanas. Es una opción con un tiempo de espera menor que las ICSI y más económica que ésta. Tiene aproximadamente entre un 13% y un 15% de tasa de éxito, que aumenta al 45% tras 6 ciclos. Tiene unos requerimientos más estrictos que otros tratamientos, como una determinada reserva ovárica, una cantidad suficiente de espermatozoides, que tanto el útero como las trompas sean permeables, que no existan enfermedades infecciosas (el protocolo es, en cada ciclo de estimulación, realizar una serología de control). Como posibles complicaciones, las más relevantes son: gestación múltiple por la estimulación ovárica, síndrome de hiperestimulación ovárica cuyos síntomas más prevalentes son la distensión y el malestar abdominal, suele ser de carácter leve y se debe pausar toda la estimulación y esperar a un nuevo ciclo (6, 7).
- Fecundación in vitro (FIV) o Intracytoplasmic sperm injection (ICSI): Se realiza esta técnica con éxito por primera vez en 1978, siendo uno de los grandes puntos de inflexión en el estudio y tratamiento de la infertilidad. La principal diferencia entre FIV e ICSI es que, aunque en ambos se extraen los gametos de ambos sexos y se unen de manera extracorpórea, en la FIV se deja que se unan de manera natural, mientras que en la ICSI se hace artificialmente, inyectando el espermatozoide en el interior del ovocito. Después, se espera unas 18-20 horas para comprobar si la fecundación se ha realizado correctamente. Tras esto, se esperarán 48-72 horas,

realizándose, en este lapso temporal, dos mediciones sobre las características de los embriones. Se clasifican en A, B, C y D, siendo los A los de mejor calidad (por criterios de morfología, número de células, núcleos de estas, ...). A mayor calidad, mayor probabilidad de embarazo, aunque esto no siempre sea así. Después, se implantarán en el útero en un proceso llamado transferencia embrionaria donde, mediante control ecográfico, se implantarán los embriones vía intracervical en el fondo del útero. Desde el día de la transferencia se le pone un tratamiento de progesterona a la mujer, que continuará hasta que se sepa si el ciclo ha tenido resultado o no. A las dos semanas se realizará una prueba de b-hcg para comprobar el embarazo, que después también se realizará mediante comprobación ecográfica entre las semanas 6 y 8. La tasa de éxito dependerá mucho de la calidad de los embriones obtenidos, de la edad de la madre y de la cantidad de ciclos llevados a cabo, pero en general, a los 35 años, se habla de aproximadamente una tasa de éxito del 45% en el primer ciclo (2, 4, 5, 6, 7).

En el gráfico 2 se puede observar la comparativa de los porcentajes según edades y comparando las diferentes técnicas.

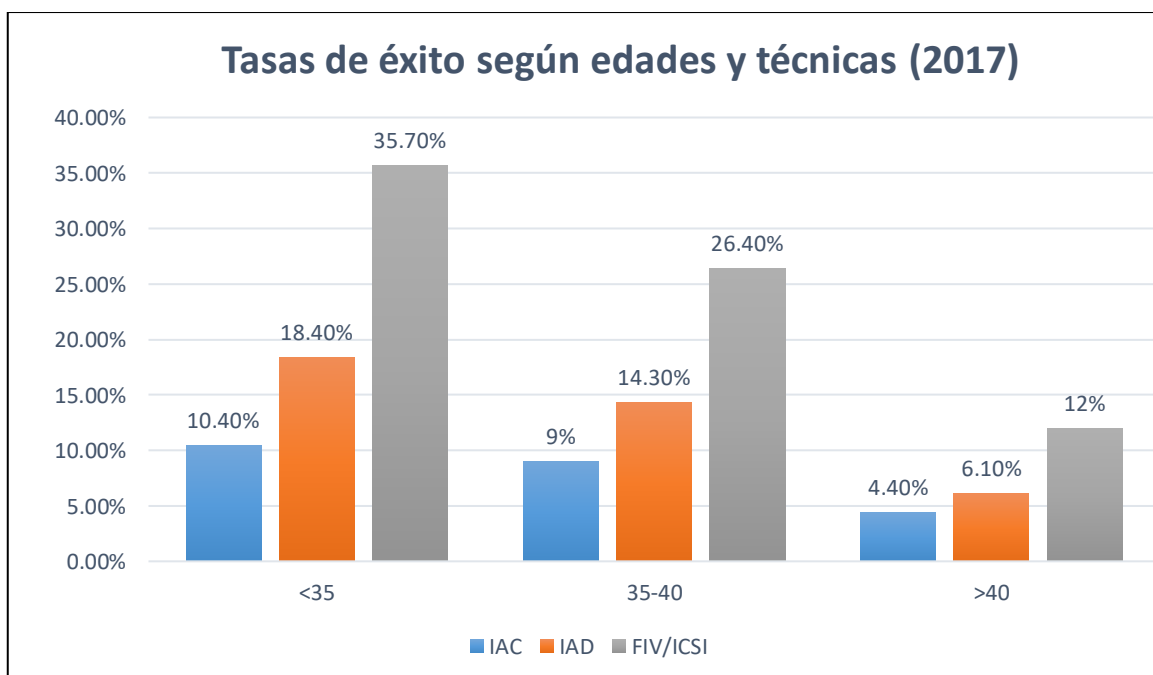


Gráfico 2: Porcentajes de éxito según edades y tratamientos. Fuente SEF (Sociedad Española de Fertilidad), elaboración propia (12)

4.2.4 Concepto sociocultural de la maternidad

Desde siempre, se ha considerado el tener hijos como algo socialmente exigido (11),

pero no todas las concepciones de para qué tenerlos han sido iguales. En la Edad Media, los nobles lo tenían para continuar su estirpe y los campesinos para tener más manos para trabajar. Hoy en día, el número de hijos por pareja (hetero u homosexual) o siendo madre/padre soltera/o ha disminuido considerablemente. Actualmente, ni siquiera se considera a los hijos como una fuente de ingresos, sino como una generación de gastos. Depende del país o región en la que nos encontremos, el concepto de maternidad es uno u otro. En países en vías de desarrollo o de religiones musulmanas, por ejemplo, podrían considerar incluso a una mujer infértil como una mujer que no merece la pena, mientras que, en países más occidentales como España, en nuestros días, no tener hijos ya no resulta tan extraño ni punible como resultaba antiguamente (11).

En esto también ha influido la incorporación femenina al mundo laboral, que ha complicado notablemente la posibilidad de conciliación familiar. Es muy difícil ascender profesionalmente a puestos que requieran una gran dedicación horaria siendo madre, ya que los niños también requieren una cantidad de tiempo considerablemente elevada. Aun así, pese a que ya no se vea como algo atroz y descabellado el que una mujer no desee tener hijos, la pregunta más recurrente a ciertas edades sigue siendo "¿Cuándo tendrás hijos? Que ya tienes una edad...", lo cual puede sernos válido para ver que el concepto mujer-madre sigue estando íntimamente ligado (11).

El riesgo perinatal está también muy relacionado con el nivel socioeconómico de la madre, así como con las edades extremas (<16 o >35), el nivel educativo de la madre o el tipo de condiciones en las que se desarrolle el embarazo (11).

Este tipo de factores también es necesario que se tengan en cuenta a la hora de someter a una pareja/mujer a un tratamiento de fertilidad y a sus sucesivos controles. Por ello, también se establecen unos límites de edad determinados a la hora de determinar si una pareja es subsidiaria de este tipo de tratamientos. Las edades son entre los 18 y está desaconsejada en mujeres mayores de 50 años (35).

4.2.5 Relación entre reproducción asistida y enfermería

a) Papel de la enfermería

El campo de la reproducción asistida es un campo relativamente nuevo y cómo tal, aún se está definiendo en su totalidad. Es un campo muy amplio y a la vez muy preciso, y, por tanto, requiere unos conocimientos sobre él muy específicos, como pueden ser conocimientos sobre ginecología y obstetricia, el tipo de intervenciones que pueden llevarse a cabo, métodos de afrontamiento del estrés, tipos de tratamientos para la infertilidad, técnicas didácticas y saber cómo hablar con las personas (5).

Una enfermera especialista valenciana, María Dolores Molero, realizó y

difundió un cuestionario a través de la sociedad española de fertilidad (SEF) para todas las unidades de este tipo, para ver qué tareas desempeñaba la enfermera, se trata de un estudio aún en curso. La principal función de enfermería, además de ayudar a los facultativos, era el acompañamiento de la pareja y/o de la mujer en este proceso, especialmente considerando sus necesidades psicológicas y emocionales, debido a las características de los tratamientos y a la situación de fragilidad que pueden conllevar. Se debe ofrecer una atención cuyas características principales sean: integral, continuada y personalizada (5).

Además de esto, la enfermería es responsable de algunas técnicas propias de su profesión como la extracción de sangre, seminogramas, preparación de las placas de cultivo para los laboratorios, revisión de historias clínicas y verificación de protocolos, limpieza y esterilización de los materiales utilizados en los laboratorios (5).

La continuidad asistencial y el mayor trato directo con el paciente, que caracteriza a enfermería, hace posible que la “docencia” sea más accesible, ya que se ha establecido previamente un clima de confianza que tranquiliza a los pacientes. Se debe proporcionar información acerca de las técnicas que se van a realizar, el modo de llegar hasta ellas, información y modo de administración de las diferentes medicinas y se debe siempre resolver todas las dudas, ya que de esta manera podremos disminuir los niveles de estrés y ansiedad que se generan (5).

En España, existe dentro de la SEF un apartado exclusivo de profesionales de enfermería, que llevan a cabo sus propios grupos de trabajo y sus propios proyectos. (5)

b) Consulta de enfermería en reproducción asistida

Cada vez más, se puede ver que, en las crecientes unidades de reproducción asistida, tanto del ámbito público como del privado, se están instaurando consultas propias de enfermería. En el ámbito público aproximadamente la mitad tienen este tipo de consultas, en el ámbito privado sólo alrededor de un tercio.

Este tipo de consultas facilita el cuidado global, más adaptado a las necesidades individuales y fomenta a su vez la autonomía del paciente respecto a los medicamentos y al seguimiento de las diferentes líneas de tratamiento. También crea un clima de confianza mayor que en la consulta del médico, ya que en ellas se hace posible una relación de confianza y de cercanía propicias para una adecuada educación. Esto ayuda a que los pacientes perciban de una manera más positiva la atención recibida (13).

Es importante destacar las funciones de esta consulta que son: organizar (se

actúa como nexo entre todos los miembros del equipo, así como el registro y la comprobación de que la historia clínica sea correcta), informar (a los pacientes sobre las pruebas, su preparación, los tipos de medicaciones o los tiempos de espera), educar (se debe educar y para ello hay que valorar los conocimientos previos respecto a hábitos saludables y hábitos a seguir que ayuden a mejorar la capacidad reproductiva), apoyar (sobre todo en la esfera psicológica, analizando si se considera oportuno su derivación a profesionales más específicos de este campo) e investigar y formarse (se debe seguir ampliando los conocimientos en este ámbito, para poder proporcionar unos servicios con la mayor calidad posible) (13).

Además, como profesionales autónomos, dentro de la responsabilidad de educar, se pueden realizar proyectos educativos que ayuden a los pacientes a entender y a compartir sus experiencias de manera grupal, ayudando así a todos ellos a aprender cosas que antes no contemplaban, aprendiendo unos de otros (14). De esta manera se logra el papel docente que caracteriza a la enfermería, se fomenta la búsqueda de estrategias y medidas adaptativas, además de poder compartir con otras parejas y mujeres en la misma situación sus miedos, inseguridades y su nivel de ansiedad. En este tipo de programas educativos se aborda tanto la teoría sobre todo el proceso (los tipos de procedimientos, sus riesgos y sus particularidades), como la esfera sexual (más centrada en el ámbito emocional y los aspectos psicológicos). De esta manera, se vuelve a hacer hincapié en la importancia de que la enfermería aborde todos los ámbitos, erigiéndose, así como nexo principal entre todo el equipo y los pacientes (5, 13).

4.2.6 Aspectos psicológicos

a) Calidad de vida de las mujeres y/o parejas en tratamientos de fertilidad

Está científicamente demostrado que la calidad de vida de las personas se ve afectada por este tipo de situaciones, ya que son situaciones estresantes, con factores de frustración que acaban afectando a la vida cotidiana, fuera del hospital y del tratamiento. Esto puede afectar no sólo a la persona, sino a todas sus relaciones sociales, empezando principalmente con la de pareja, en caso de tenerla (15, 16). Además, al tratarse de procesos generalmente largos y que no son efectivos a la primera, también puede llegar a ocasionar problemas en el trabajo. Este tipo de impactos se evalúan en diferentes cuestionarios, como por ejemplo el cuestionario FertiQol (20), explicado junto a otros ejemplos en el apartado 4.6.4. Las principales esferas afectadas son la salud mental, la física y la social, además de la calidad de vida general. Con respecto a la mujer puede

causar problemas sobre todo como la baja autoestima y la disfunción sexual (15, 16).

Este tipo de problemas suelen tener una notable mejoría, objetivada por los distintos cuestionarios, gracias a diferentes técnicas como el mindfulness, el aprendizaje sobre técnicas que incrementan la resiliencia, técnicas sobre la aceptación, técnicas de adaptación tanto individuales como para las parejas, etc. En todos los estudios, se observa una gran correlación entre el estrés y las repercusiones en la calidad de vida con factores demográficos como pueden ser el nivel sociocultural, el nivel económico, si la mujer y la pareja trabajan, además de características clínicas como antecedentes de enfermedades psiquiátricas previas o consumo de drogas (legales o ilegales) (15, 16, 17, 18, 19).

b) Sexualidad y pareja

Debido a que la sociedad desde siempre ha creado y fomentado la visión de la mujer en su relación con la maternidad, cuando una mujer no puede y quiere desempeñar ese rol y no lo logra puede llevar a problemas de adaptación a esta situación, creando problemas en diferentes áreas de la salud. Entre ellas, cabe destacar en este apartado la sexualidad y la calidad de relaciones con su pareja, que puede verse muy negativamente afectada, quizá con sentimientos y actitudes de culpabilización y rechazo hacia el cónyuge. Por estas razones es imprescindible abordar estas esferas de una manera activa, intentando abordar o tratar estos problemas (21, 22).

Cuando una pareja desea la concepción, el primer método que no requiere de ayuda externa es el coito, pero cuando el embarazo deseado no se logra, comienzan los problemas. Puede que se deje de desear el coito, ya que no se ve ningún objetivo para realizarlo o se pueden forzar situaciones debido al alto grado de este deseo. Los diferentes estudios que abordan este tema utilizan herramientas como los cuestionarios Female Sexual Function Index (FSFI) (26) o SQOL-F (Sexual quality of life-female) que abordan factores como deseo, orgasmo, dolor, satisfacción, excitación, años de duración de la pareja o del matrimonio, las edades de los cónyuges o el número de abortos previos. En la infertilidad primaria veremos una baja puntuación en el cuestionario SQOL-F y una alta disfunción sexual, así como también se ve una relación de predicción para el cuestionario en el resultado de la escala Inventario de depresión de Beck (BDI) (27) y la disfunción sexual. Hay aun así muy pocos datos, ya que la gran mayoría de los estudios se centran en la calidad de vida general, pasando por alto la sexualidad.

Este tipo de resultados de insatisfacción sexual son un potente estresor para la

pareja que, si no se trata con estrategias que lo disminuyan, pueden llevar a situaciones extremas como la separación o ruptura. Es importante destacar que el apoyo de la pareja es una gran ayuda para la disminución de los niveles de estrés mientras que, el apoyo social, aunque disminuye el estrés femenino, aumenta significativamente el masculino. Esto indica que cada miembro de la pareja requerirá un tipo de estrategia para tratar esta situación. Hay cuatro tipos de estrategias adaptativas en estas situaciones que son: la evitación activa, la confrontación activa, la evitación pasiva y la basada en la evidencia. Según el tipo de estrategia utilizada ocurrirán aumentos o bajadas de estrés: La evitación pasiva en un miembro de la pareja causa un gran estrés en el otro. La confrontación activa femenina es un potente estresor masculino, mientras que la base en la evidencia baja el estrés masculino y aumenta el femenino. A largo plazo, el tipo de estrategias que enseñemos a la pareja, sobre todo en los casos en los que los tratamientos han sido fallidos, serán de vital importancia para el futuro de ésta (24) Otra herramienta que se utiliza es el modelo “actor partner interdependence model” (APIM), en el cual se evalúan las relaciones de pareja y su interdependencia (21, 22, 23, 24, 25).

c) Aspectos psicológicos y sus repercusiones

Todos los procesos de fertilidad implican una gran problemática a nivel psicológico, y de aquí viene la necesidad del equipo interdisciplinar para afrontar todas las esferas de los pacientes.

Los síntomas psicológicos más repetidos son la ansiedad y la depresión, además de otro tipo de sentimientos, que pueden encontrarse en un gran número de las mujeres, como la rabia, el enfado, la culpa, la tristeza, la baja autoestima o la falta de deseo sexual.

La educación de la mujer está íntimamente ligada a la concepción de ésta como madre. Al no poder cumplir esas aspiraciones, se empiezan a experimentar sentimientos de inseguridad y de insatisfacción. Además, la sexualidad empieza a ser asociada al fracaso y al deseo no cumplido del embarazo y se deja a un lado, causando así graves problemas en la pareja que, además, se encuentra sometida a un gran estrés a todos los niveles, todo lo cual puede llevar incluso hasta la propia separación de la pareja. Teniendo en cuenta las edades a las que suelen darse este tipo de problemas, se debe considerar como algo más que probable que ésta sea la primera gran crisis de carácter médico de la pareja (27, 28).

Se deben tener en cuenta los factores más importantes: autoestima, cambio del estilo de vida, trastornos ansioso-depresivos y el aislamiento social. Este tipo de cambios en la vida hace que la pareja centre todos sus esfuerzos y planes (a

corto, medio y largo plazo) en el éxito en la concepción. El estrés que pueden causar estos problemas son similares a los de una persona con SIDA, cáncer o alteraciones cardiovasculares. Todo este estrés puede llevar al abandono de los tratamientos. Los estudios revelan que un 40% de personas en tratamientos de fertilidad sufrirán trastornos de depresión en diferentes niveles (este porcentaje dobla al de las mujeres fértiles) (28).

Existen estudios que revelan que diferentes terapias (como las artísticas) pueden reducir en más de un 50% los síntomas asociados a los tratamientos de fertilidad.

Como último punto a tratar es importante destacar que este tipo de problemas afectan también de manera importante a la fertilidad, ya que recientes estudios publicados apuntan a que el estrés puede reducir hasta en un 20% la ovulación. (27, 28, 29, 30, 31, 32).

d) Recursos y cuestionarios

Existen multitud de cuestionarios y recursos en el ámbito de la psicología que pueden ser utilizados para obtener una idea del grado de desajuste emocional que una mujer o una pareja puede llegar a tener debido a estos procesos. Son cuestionarios especializados en la fertilidad como el cuestionario FertiQol (20) o el DERA (33), que es un cuestionario realizado por psicólogos españoles con su correspondiente estudio de validación (34). Además, también existe el cuestionario FSFI (26), que no suele ser usado en España ya que no está validado. Este tipo de cuestionarios analizan ítems como la percepción de la salud, si existe distracción por la infertilidad, la presión social o si la relación con la pareja se ha visto afectada.

4.2.7 Marco legal de la reproducción asistida

En el BOE (27 de mayo de 2006) (36) está reflejado todo el marco legal que ampara este tipo de intervenciones. Además, se ha de tener en cuenta que es un ámbito sanitario que, en la Comunidad de Madrid, está financiado parcialmente, aunque también existe la opción de hacerlo dentro del ámbito privado.

La legislación española es la menos restrictiva de toda la Unión Europea (UE), permitiendo el tratamiento a mujeres solteras, la donación de semen y de ovocitos, asegurando siempre el anonimato de los donantes (pese a que todos los bancos tanto de semen como de ovocitos son privados), el diagnóstico preimplantacional, la adopción de embriones, la fecundación post-mortem hasta 1 año después de la muerte y la elección del sexo del embrión a implantar, siempre y cuando exista una enfermedad hereditaria ligada al sexo (36).

A pesar de este amplio marco, la ley prohíbe implícitamente el uso de la gestación subrogada o de vientres de alquiler, ya que se asocia la maternidad al nacimiento biológico. Es decir, la mujer que pare es la madre biológica y legalmente (salvo en casos de adopción), pero los padres biológicos no podrán elegir a quién se le da en adopción el bebé (36).

4.3 Justificación

La creciente demanda de los servicios de reproducción asistida hace que se necesite un crecimiento proporcional en la oferta de estos servicios. Este aumento hace que sea un tema en auge y de gran actualidad, aunque este tipo de prestaciones sigue estando muy poco desarrollado. De hecho, con el aumento de este problema, la OMS, lo considera ya como problema de salud pública. Se trata de un servicio plenamente interdisciplinar, ya que no sólo conlleva la patología subyacente que causa la infertilidad, sino que, además, este tipo de situaciones generan en las personas y en las parejas, situaciones estresantes que, mal llevadas, pueden acarrear problemas de salud integral aún más serios (27, 28, 29, 30, 31, 32).

Desde Enfermería, se deben abordar más ciertos aspectos psicoemocionales que en cualquier otra área de la salud, donde de hecho, ya son parte del plan de cuidados. Sin embargo, es precisamente en esta área donde existe un menos desarrollo. La esfera psicoemocional del paciente forma parte de los cuidados de enfermería, pero en este tipo de tratamientos, la enfermería debería adoptar una actitud más activa e independiente. Esto, en parte, se debe a que el concepto de equipo multidisciplinar en España queda relegado al nombre, ya que en su puesta en práctica se puede observar un equipo separado en clases diferenciadas por su puesto de trabajo, donde el jefe es el médico y la enfermería queda relegada a un segundo plano de ayudante. Sin embargo, aunque los facultativos son los que llevan a cabo la mayoría de las técnicas, los profesionales de enfermería siempre han estado a cargo de la esfera emocional y educativa.

Más allá de la especialización de matrona, todos podemos y debemos ejercer un papel docente en el ámbito de la enfermería obstétrico-ginecológica. Además de la explicación del uso de los fármacos necesarios para la obtención del objetivo, se deben tener en cuenta las necesidades exclusivas de cada mujer, hombre y pareja que pase por nuestra consulta, teniendo en cuenta, siempre su esfera emocional, que es tan o más protagonista que la física, en la que siempre se centran este tipo de unidades.

Hay que enseñar a entender qué pasa en el cerebro, y no sólo en el cuerpo, si somos capaces y disponemos de los recursos necesarios para la adaptación a los estresores propios de este tipo de tratamientos, hay que hacer entender a la población que esto no es un tabú, es simplemente, otra vía, hay que romper los miedos, y para eso, ahí debe estar la enfermería

docente y asistencial.

Esto no es mero trabajo de los psicólogos, también las enfermeras deben adoptar un papel tan relevante como el que merecen. Tanto como cualquier otro miembro del equipo. La enfermería debe comprender cuál es su verdadera función en este tipo de equipos y llevarla a cabo, siendo conscientes de la necesidad de los cuidados propios de la profesión en todos los pacientes.

Recalcar de nuevo los dos puntos más importantes: Cuidar también la esfera emocional y ser docentes. Para eso es necesario tener un punto de vista más extenso sobre el tema, aprenderlo, especializarse en ello, realizar cursos de formación continuada, participar de manera activa en las sesiones clínicas y realizar cursos para los pacientes, en los cuales se pueda llevar a cabo la educación para la salud necesaria para este tipo de procedimientos terapéuticos tan complicados y largos.

A lo largo del análisis de los artículos se ha visto que hacía falta una enfermera que adoptara un rol docente para fomentar un conocimiento más profundo acerca de todo el proceso y sobre las diferentes técnicas adaptativas. Entendiendo esta necesidad, se decidió que este proyecto tomase la forma de proyecto educativo. La enfermería es posiblemente una de las ramas más completas y complejas del ámbito sanitario por su capacidad de englobar al paciente como un todo, y es por eso por lo que son las profesionales idóneas para este tipo de proyectos educativos en los que se abordan esferas diferentes. Además, entre las funciones de las enfermeras de reproducción asistida se encuentra la explicación de los tratamientos, cómo y cuándo aplicar los medicamentos, cuándo acudir al médico, los efectos secundarios, los tiempos de espera y, por último, pero no menos importante, cómo manejar el estrés y los miedos generados.

5. Población diana, captación y cobertura

5.1 Población diana

Parejas en edad fértil que acudan a la unidad de reproducción asistida tras la consulta de recogida de resultados, sabiendo ya la estrategia terapéutica a seguir. Mujeres entre los 18 y los 40 años, subsidiarias de este tipo de tratamientos en el hospital universitario Gregorio Marañón y hombres de cualquier edad. Los pacientes vienen remitidos por su médico de cabecera hacia una atención especializada en la Unidad de Reproducción Asistida.

Al tratarse de un hospital público el tipo de pacientes que se aceptan en este proyecto es universal, sin importar etnia, religión u orientación sexual. Así mismo, como se puede observar la edad si se trata de un criterio de inclusión debido a la propia exclusión de ciertas mujeres de este tipo de unidades asistenciales de la Comunidad de Madrid.

Criterios de inclusión: Pacientes entre 18 y 40 años (y parejas, independientemente de su edad) con una estrategia terapéutica definida a seguir que no hayan empezado los tratamientos.

Criterios de exclusión: Aquellos pacientes que ya hayan comenzado los tratamientos cuyos casos se derivarán a la consulta de psicología.

El máximo de personas por sesión será de 8 parejas o mujeres solas, para facilitar la comunicación y la confianza en el grupo además de estimular el aprendizaje al ser un grupo pequeño.

Dado que las nuevas consultas que se atienden en el hospital al mes, es de 20, se estima que se pueden formar dos grupos educativos todos los meses. Para atender las necesidades de toda la población, se plantea un programa en horario de tarde y un programa en horario de mañana. Con ello se espera cubrir las diversas necesidades de horario.

5.2 Captación

La captación se realizará mediante diversas estrategias para conseguir el máximo de difusión.

- Sesión informativa. Se realizará una sesión informativa a todo el equipo de reproducción asistida para explicar el programa que se va a llevar a cabo, la forma de incluir a las mujeres y sus parejas en el programa y la cronología de estos.

- Correo Corporativo. A través de este medio se enviará un correo recordatorio una semana antes de cada inicio de programa a todos los profesionales del servicio.
- Cartelería. Se pondrán carteles del programas en puntos estratégicos de la unidad como en la recepción, salas de espera, etc. Además, se les mostrará el cartel en la consulta tanto médica como de enfermería y se les informará de como acceder a más información a través de la página web. (Anexo I)
- Web. Se anunciará el programa en la web del hospital en el área de pacientes, para que estos pueden obtener directamente la información.

Estas actividades se llevarán a cabo en todos los hospitales públicos con servicio de reproducción asistida en la Comunidad de Madrid. Se llevará en un aula habilitada para ello. Contarán con un profesional de enfermería por grupo.

5.3 Cobertura

Cubrirá al 100% de las parejas que acudan al servicio y estén interesados en el programa, con un máximo de 8 parejas/mujeres solteras por sesión, para facilitar el aprendizaje dinámico y la relación de confianza entre pacientes y profesionales.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

El objetivo principal a corto plazo es dotar a los pacientes de los conocimientos básicos necesarios acerca de las diferentes técnicas, sus particularidades y de los mecanismos necesarios para el afrontamiento de los sentimientos negativos que puedan surgir a consecuencia de estos tratamientos o tiempos de espera.

El objetivo final de este proyecto educativo es reducir los trastornos psicológicos asociados (ansiedad, depresión y baja autoestima) a este tipo de tratamientos abordándolos desde el primer momento.

6.2 Objetivos específicos

- Área de conocimientos
 - Finalizado el curso, las mujeres y/o sus parejas conocerán el funcionamiento de los aparatos reproductores masculino y femenino.
 - Finalizado el curso, las mujeres y/o sus parejas comprenderán los diferentes tipos de tratamientos que existen y qué medicamentos existen.
 - Finalizado el curso, las mujeres y/o sus parejas conocerán los riesgos que implican los diferentes tratamientos.
 - Finalizado el curso, las mujeres y/o sus parejas sabrán identificar los diferentes trastornos psicológicos y su sintomatología.
 - Finalizado el curso, las mujeres y/o sus parejas conocerán diferentes métodos para aliviar los síntomas y en caso de que no sea suficiente, cuándo y cómo pedir ayuda profesional.
- Área de aptitudes
 - Durante el curso las mujeres y/o sus parejas verbalizarán sus dudas e inquietudes.
 - Finalizado el curso las mujeres y/o sus parejas reconocerán cuando deben pedir ayuda especializada.
- Área de habilidades
 - las mujeres y/o sus parejas llevarán a cabo diferentes estrategias adaptativas sin requerir ayuda especializada.
 - las mujeres y/o sus parejas podrán diferenciar entre los diferentes síntomas para entender qué les ocurre.
 - las mujeres y/o sus parejas podrán explicar su tipo de tratamiento y los riesgos asociados al mismo.

7. Contenidos

- Fundamentos anatómo-fisiológicos de la reproducción humana Tipos de tratamientos que existen y sus particularidades.
- Tipos de tratamiento, medicaciones y su aplicación, riesgos de los tratamientos de fertilidad
- Riesgos que derivan de este tipo de tratamientos.
- Miedos y frustraciones derivados de los tratamientos
- Análisis grupal de las emociones y los miedos derivados de los tratamientos
- Puesta en práctica del contenido teórico sobre el uso de los medicamentos
- Tipos de emociones que podrían aparecer en esta situación.
- Cómo crear mecanismos para afrontarlos
- Cuando se debe pedir ayuda profesional
- Elementos de afrontamiento de uso habitual

8. Sesiones, metodología, materiales

8.1 Organización

El curso constará de 3 sesiones de 1 hora y media de duración cada una, con posibilidad de alargarla hasta dos si se considerase oportuno. También existe la posibilidad de realizar una 4ª sesión (indicada con un asterisco en el cronograma) con fechas ya cerradas para comentar aspectos que sean de preocupación general o particular, dudas e incluso compartir experiencias. Esta 4ª sesión se realizará, en caso de llevarse a cabo, en conjunto con el departamento de psicología.

Las sesiones del grupo 1, los martes durante 3 semanas y el grupo 2 los jueves. Los martes las sesiones se impartirán de 12 a 13:30 y los jueves de 18:00 a 19:30, se podrá elegir grupo siempre que haya plazas disponibles.

8.2 Educadores

Se trata de un proyecto desarrollado por enfermería y se impartirá exclusivamente por el personal de este ámbito, salvo la 4ª sesión que se desarrollará, si finalmente se lleva a cabo, en conjunto con psicología (dependiendo del número de participantes y de sus necesidades) con posibilidad de derivar los casos que se detecten con problemas más arraigados de manera directa sin esa 4ª sesión.

Habrà siempre una enfermera en cada sesión, la misma en todas las sesiones.

8.3 Cronograma

Se captarán los pacientes de la consulta de recogida de resultados tras su planificación del tratamiento. Por ejemplo, si la cita fuera en el mes de marzo, la mujer y su pareja podían empezar el curso en la segunda semana de abril. A continuación, se expone un ejemplo de sesiones para el mes de abril

Grupo 1. Mañanas (en verde en las tablas).

- Sesión 1: 14 de abril
- Sesión 2: 21 de abril
- Sesión 3: 28 de abril
- Sesión 4*: 5 de mayo

Grupo 2. Tardes (en azul en las tablas):

- Sesión 1: 16 de abril
- Sesión 2: 23 de abril
- Sesión 3: 30 de abril
- Sesión 4*: 7 de mayo

Se muestra en las tablas n°3 y n°4 los días asignados para los dos grupos en sus respectivos meses

ABRIL 2020						
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Tabla 3: Distribución de talleres en el mes de abril, elaboración propia

MAYO 2020						
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Tabla 4: Distribución de talleres en el mes de mayo, elaboración propia.

Este tipo de organización se repetiría todos los meses, excepto el mes de agosto en que se cierran las consultas de reproducción asistida. Por ello las mujeres y parejas que se capten en el mes de julio iniciarán el programa en el mes de septiembre.

8.4 Sesiones educativas

8.4.1 Primera sesión

En la primera sesión se tratará el tema de la reproducción humana desde el punto de vista biológico.

La sesión se dividirá en 7 partes:

- **Presentación:**

Se presentará el profesional que vaya a impartir el curso, se explicarán los contenidos de este y su metodología (3 sesiones, la posibilidad de una 4ª, duración de 1 hora y media prorrogable a 2 si fuera necesario, siempre será el mismo grupo y no se añadirán nuevos participantes una vez empezado). También se explicarán las normas (puntualidad, respeto hacia el profesional y hacia los compañeros) y se hará hincapié en que todas las sugerencias serán bienvenidas.

- Método de caldeamiento, técnica de la rueda
Se hará una rueda en la cual todos los participantes dirán su nombre y su trabajo.
Se les dará una pegatina para que escriban su nombre y se pedirá que se lo peguen en un lugar visible para facilitar las dinámicas de grupo.
- Cuestionario inicial FertiQol (Anexo 2)
Se les pasará el cuestionario que será entregado a los psicólogos para ser evaluado por ellos como técnica de screening de posibles trastornos.
- Tormenta de ideas
Se hará una tormenta de ideas sobre lo que saben de reproducción y del aparato reproductor, en la que se pedirá un voluntario que apunte todo lo que se vaya diciendo en la pizarra.
Esto servirá para que vayan hablando entre ellos y para evaluar el nivel medio de conocimientos previo a la sesión.
- Sesión expositiva
Se realizará una exposición sobre la anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.
Objetivos:
 - Conocer la anatomo-fisiología de los aparatos reproductores
- Debate
Se debatirá y se expondrán las dudas que hayan surgido o preexistentes acerca de lo explicado.
- Rueda final
Se describirá con una breve exposición lo aprendido y como se sienten. Podrán hacer sugerencias y comentarios acerca de lo que deseen. Será utilizado como método de evaluación. Se pedirá que se evalúe con una nota la sesión.

Se puede ver en la tabla nº5 una tabla explicando el cronograma de la primera sesión.

SESIÓN 1: La reproducción humana desde el punto de vista biológico

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN
Los pacientes sabrán quien imparte el curso, sus contenidos y normas	Normas del curso y resumen de los contenidos	Expositiva	5'	Proyector, PowerPoint	Ronda abierta de preguntas y observación
Los pacientes conocerán un poco más a sus compañeros	Presentación de los participantes	Rueda	5'	Sillas, etiquetas	Veremos su interacción durante el paso de las sesiones mediante observación
Los pacientes rellenarán el cuestionario propuesto para poder ser evaluados por psicología	Cuestionario FertiQol	Test	15'	Papel, bolígrafos	La evaluación de estos cuestionarios se llevará a cabo por los psicólogos
Los pacientes pondrán en común sus conocimientos acerca de la reproducción	Ideas preexistentes sobre el tema	Tormenta de ideas	10'	Papel, bolígrafos	Charla sobre las ideas y observación
Los pacientes conocerán la realidad sobre la reproducción humana	Fundamentos anatómo-fisiológicos de la reproducción humana	Expositiva participativa	30'	Proyector, PowerPoint	Ronda abierta de preguntas y observación
Los pacientes pondrán en común sus dudas acerca de la exposición	Dudas y comentarios sobre exposición	Debate	15'	Papel, bolígrafos	En el debate expresarán si creen que han aprendido y observación
Los pacientes expresarán como se sienten y si sienten que han aprendido. También podrán hacer sugerencias.	Resumen final	Debate	10'	Papel, bolígrafos	Se evaluará según lo que vayan diciendo, se les pedirá que pongan nota a la sesión y observación.

Tabla 5: Cronograma de la primera sesión, elaboración propia.

8.4.2 Segunda sesión

En la segunda sesión del curso se tratarán tres temas: Los diferentes tipos de tratamientos, los medicamentos que se pueden prescribir y como utilizarlos y los riesgos que pueden venir derivados de los tratamientos. Se dará la opción de manejar los medicamentos en un taller práctico de 30 minutos voluntario al finalizar los 90 minutos de sesión.

Esta sesión se dividirá en cinco partes:

- **Presentación:**
Se presentarán los temas a tratar en la sesión y se animará a los pacientes a que expongan si tienen alguna duda o cualquier cosa que quieran compartir con el grupo.
- **Exposición**
Se realizará una exposición en la cual se explicarán los tratamientos más frecuentes que se utilizan en reproducción asistida, los medicamentos que se utilizan y cuáles son las técnicas que hay que usar para aplicarlos y, por último, se explicarán los riesgos que pueden derivar de los tratamientos.
- **Ronda de preguntas**
Se escucharán las dudas que hayan surgido respecto a la exposición. Se dará la opción de pedir cita con la enfermera fuera de las sesiones por si se quiere hablar de un tratamiento concreto de manera individual.
- **Ejercicio escrito:**
Se realizará una reflexión personal de manera escrita sobre qué tipo de tratamiento se utilizará en su caso y sus miedos y sentimientos hacia el proceso en general.
- **Análisis grupal:**
Se llevará a cabo un debate grupal en forma de análisis de las emociones y los miedos de los participantes expresados de manera privada
- **Despedida y valoración de la sesión:**
Se pedirá como en la sesión anterior un feed back sobre la sesión y una evaluación numérica de la sesión.

Se puede ver en la tabla nº6 una tabla explicando el cronograma de la segunda sesión.

SESIÓN 2: Técnicas de reproducción asistida, medicamentos y riesgos

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN
Los pacientes conocerán el contenido de la sesión y se aclararán las dudas que queden	Explicación temas a tratar, dudas sobre la sesión anterior	Debate	10'	Sillas	Ronda de preguntas y observación
Los pacientes conocerán los diferentes tipos de tratamiento, en qué consisten, qué medicamentos deben tomar y cómo hacerlo y los riesgos ligados a estas técnicas	Tipos de tratamiento, medicaciones y su aplicación, riesgos de los tratamientos de fertilidad	Expositiva participativa	25'	PowerPoint y proyector	Con la ronda de preguntas posterior y observación
La enfermera aclarará cualquier duda que pueda haber surgido a los pacientes. Los pacientes conocerán la posibilidad de un taller práctico	Dudas y preguntas surgidas de la exposición teórica. Se explicará que habrá un taller práctico voluntario al finalizar la sesión.	Debate	5'	Sillas	Con la ronda de preguntas posterior-y observación
Los pacientes podrán expresar sus emociones y miedos de manera privada	Los pacientes escribirán un folio como se sienten, sus miedos y frustraciones y cuál es su tratamiento tras lo aprendido	Expresión escrita	20'	Papel, bolígrafos	Se leerán tras el taller los escritos y se valorará el contacto privado con cada paciente
Los pacientes podrán analizar las emociones y los miedos de los participantes expresados de manera privada	Análisis grupal de las emociones y los miedos de los participantes expresados de manera privada	Análisis grupal	25'	Pizarra	Observación
Los pacientes evaluarán la sesión y compartirán sus sugerencias	Evaluación de la sesión	Debate	5'	Sillas, papel y bolígrafo	Sugerencias y valoración numérica

Los pacientes de manera voluntaria aprenderán a usar de manera práctica las medicaciones explicadas	Puesta en práctica del contenido teórico sobre los medicamentos	Taller práctico	30'	Maquetas de las medicinas, pelotas de goma espuma para imitar la piel	Valoración del taller de manera numérica antes de irse, se apuntará todo
---	---	-----------------	-----	---	--

Tabla 6: Cronograma de la segunda sesión. Elaboración propia

8.4.3 Tercera sesión

En esta sesión se explicarán los diferentes trastornos psicológicos que pueden surgir, se darán pautas para su afrontamiento eficaz y se explicará cuándo pedir ayuda. Se informará nuevamente de la posibilidad de la cuarta sesión a quién la quiera y se hará una lista de posibles participantes, también se informará de que la cuarta sesión se llevará a cabo únicamente con los profesionales de psicología y se animará a que acudan.

Esta sesión se dividirá en 4 partes:

- **Presentación**
Se explicarán los contenidos a impartir en la última sesión y se hablará de la 4^o sesión voluntaria a cargo del equipo de psicología.
- **Exposición**
Se impartirá la última sesión teórica explicando los tipos de afrontamiento de los tratamientos que pueden tener. Se explicarán las diferentes emociones que conllevan los tratamientos, los días que son más difíciles, los mecanismos de acción ante los mismos y la creación de estrategias adaptativas. Por último, se darán unas claves sobre cuando pedir ayuda profesional especializada.
- **Ejercicio “que me hace sentir bien”, para identificar los elementos de afrontamiento que habitualmente utiliza cada uno. Puesta en común y coloquio.**
- **Evaluación final del curso**
Se repartirá un cuestionario anónimo (Anexo 3) en el cual se evaluarán de manera individual los contenidos, los recursos, la cantidad de gente asistente, el educador, es decir, cualquier aspecto que se considere importante.
- **Despedida**
Se hará una última ronda explicando que creen que les ha aportado el curso, si lo recomendarían y se aceptarán y anotarán las sugerencias que los pacientes quieran dar. Se da por finalizada la sesión.

Se puede ver en la tabla nº7 una tabla explicando el cronograma de la tercera sesión.

SESIÓN 3: Sintomatología psicológica, estrategias de afrontamiento y cuándo pedir ayuda

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN
Los pacientes conocerán el contenido de la sesión y se aclararán las dudas existentes	Explicación temas del día, funcionamiento de la sesión y existencia de una 4ª sesión con el equipo de psicólogos	Debate	10'	Sillas	Ronda de preguntas y observación
Los pacientes sabrán elaborar estrategias de afrontamiento, adaptación y reconocer síntomas que puedan requerir ayuda profesional	Tipos de emociones que podrían aparecer en esta situación, cómo crear mecanismos para afrontarlos y cuándo se debe pedir ayuda profesional	Expositiva participativa	40'	PowerPoint	Ronda de preguntas y observación
Ejercicio “que me hace sentir bien”. Los discentes identificarán los elementos de afrontamiento que habitualmente utilizan.	Elementos de afrontamiento de uso habitual.	Ejercicio Participativo	15'	Sillas, papel, bolígrafo y pizarra	Observación
Los pacientes valorarán de manera anónima el curso	Valoración anónima del curso	Cuestionario	10'	Hojas cuestionario, bolígrafos	El cuestionario es la evaluación
Los pacientes expresarán sus sentimientos respecto al curso	Evaluación grupal del curso y percepciones individuales. Sugerencias	Debate	15'	Sillas, papel y bolígrafo	El propio debate es la evaluación

Tabla 7: Cronograma de la tercera sesión, elaboración propia

9. Evaluación

9.1 Evaluación de la estructura y el proceso

Para evaluar la estructura y el proceso se pasará un cuestionario en la última sesión que se adjunta en el Anexo III. Este cuestionario valora cada elemento con una escala Likert de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo. Los elementos que se evalúan son:

- Número de asistentes adecuado
- Lugar del curso adecuado
- Calidad del proceso de captación
- Calidad/Idoneidad del educador
- Nivel de los contenidos del curso
- Número de sesiones
- Adecuación de fechas y horarios
- Calidad de los recursos
- Si el curso ha sido ameno
- El buen ambiente del curso

El cuestionario será analizado posteriormente por las enfermeras educadoras del curso. Para valorar la introducción de las sugerencias y cambios pertinentes que lo requieran, las enfermeras educadoras contactarán con el equipo de reproducción asistida.

Además, para evaluar la asistencia al curso, se pasará una hoja de firmas que se adjunta como anexo IV que se firmará a la entrada y a la salida de cada sesión.

9.2 Evaluación de los resultados

En el cuestionario final también se evaluarán aspectos sobre los resultados:

- Se han cumplido los objetivos generales del curso al finalizar el taller.
- Los objetivos educativos planteados en las tres áreas del aprendizaje, conocimiento, habilidad y actitud, al finalizar el taller.

También se evaluarán a través de un debate final sobre el curso que se llevará a cabo según la programación en la última sesión, en la cual, la enfermera responsable tomará notas que se evaluarán conjuntamente con los cuestionarios.

Se han establecido diversos métodos de evaluación parcial a través de las diferentes actividades en las sesiones. Estas evaluaciones se analizarán en conjunto con la evaluación final.

Bibliografía

- (1) INE. Edad Media a la Maternidad por orden del nacimiento según nacionalidad (española/extranjera) de la madre. Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>.
- (2) Hernández Alonso J. Ginecología para matronas.: Letrame; 2018.
- (3) RAE. Diccionario de la lengua española. Available at: <https://dle.rae.es/>.
- (4) Moreno Rosset C. Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención.: Pirámide; 2009.
- (5) Matorras Weinig R, Hernández J, Molero Bayarri D. Tratado de fertilidad humana para enfermería.: Panamericana; 2010.
- (6) Urbina MT, Lerner Biber J. Infertilidad y reproducción asistida.: Panamericana; 2009.
- (7) Bonilla Musoles F. Reproducción asistida: Abordaje en la práctica clínica.: Panamericana; 2009.
- (8) Brugo-Olmedo S, Chillik C, Kopelman S. Definición y causas de la infertilidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2003 Dec 1;54(4):227-248.
- (9) Jorge Carreño Meléndez, Francisco Morales Carmona, Claudia Sánchez Bravo, Consuelo Henales Almaraz, José Gabriel Espíndola Hernández. Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles.
- (10) Crawford NM, Hoff HS, Mersereau JE. Infertile women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments. Hum Reprod 2017 March 01;32(3):582-587.
- (11) Castán Mateo S. Obstetricia para matronas.: Panamericana; 2013.
- (12) Registro Nacional de, Actividad 2017-Registro S. Registro Nacional de Actividad 2017-Registro SEF.
- (13) Fernández Martos B. Presente y futuro de la consulta de enfermería en reproducción asistida. 2015 junio.
- (14) Marical Merlos, T., Martín Sánchez, R., Oliva Martínez, M., Redondo Escudero, M., Ripoll Ballester, A., & Fernández y Fernández-Arroyo, M. Programa de educación para la salud en atención especializada, dirigido a parejas con problemas de esterilidad. 2005.
- (15) Namdar A, Naghizadeh MM, Zamani M, Yaghmaei F, Sameni MH. Quality of life and general health of infertile women. Health and quality of life outcomes 2017 Jul 12;15(1):139.
- (16) Bakhtiyar K, Beiranvand R, Ardalan A, Changae F, Almasian M, Badrizadeh A, et al. An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: a case-control study. BMC Women's Health 2019 Dec;19(1):1-9.

- (17) Rahimi E, Attarha M, Majidi A. Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Life in Infertile Women During Treatment: A Randomized Control Trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2018 Sep 19;7(4):483-489.
- (18) Zurlo MC, Cattaneo Della Volta, M F, Vallone F. The association between stressful life events and perceived quality of life among women attending infertility treatments: the moderating role of coping strategies and perceived couple's dyadic adjustment. *BMC Public Health* 2019 November 21;19(1):1548-4.
- (19) Li Y, Zhang X, Shi M, Guo S, Wang L. Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes* 2019 Feb 15;17(1):38.
- (20) Cuestionario FertiQol. 2008.
- (21) Shahraki Z, Tanha FD, Ghajarzadeh M. Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC women's health* 2018 Jun 14;18(1):92.
- (22) Alam F, Khan TA, Rehman R. Stress of infertility: Can the couple cope? *J Pak Med Assoc* 2018 April 01;68(4):679-680.
- (23) Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, Schmidt L. The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction* 2009 Jul;24(7):1656-1664.
- (24) Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction* 2008 May;23(5):1128-1137.
- (25) Casu G, Zaia V, Fernandes Martins, Maria do Carmo, Parente Barbosa C, Gremigni P. A dyadic mediation study on social support, coping, and stress among couples starting fertility treatment. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 2019 Apr;33(3):315-326.
- (26) Puppo V. Female sexual function index (FSFI) does not assess female sexual function. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012 Jun;91(6):759.
- (27) SANZ, JESÚS; PERDIGÓN, ANTONIO LUIS; VÁZQUEZ, CARMELO Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general Clínica y Salud, vol. 14, núm. 3, et al. *Clínica y Salud* ISSN: 1130-5274 clin-salud@cop.es Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid España. ;14.
- (28) Likhachov VK, Shymanska YV, Savelieva YS, Vashchenko VL, Dobrovolska LM. Changes of psycho-emotional state in the infertile pregnant females due to the anamnesis and IVF. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)* 2019;72(4):562.

- (29) Crawford NM, Hoff HS, Mersereau JE. Infertile women who screen positive for depression less likely to initiate fertility treatments. *Hum Reprod* 2017 March 01;32(3):582-587.
- (30) Ezzell W. The Impact of Infertility on Women's Mental Health. *North Carolina medical journal* 2016 Nov 12;77(6):427-428.
- (31) Ockhuijsen H, van den Hoogen A, Eijkemans M, Macklon N, Boivin J. The impact of a self-administered coping intervention on emotional well-being in women awaiting the outcome of IVF treatment: a randomized controlled trial. *Human Reproduction* 2014:1459 –1470.
- (32) Giannouli V, Stoyanova S. Exploring emotional aspects of infertility in women from two countries. *Psychiatrike = Psychiatriki* 2018 Jan;29(1):34-41.
- (33) Jorge Carreño Meléndez, Francisco Morales Carmona, Claudia Sánchez Bravo, Consuelo Henales Almaraz, José Gabriel Espíndola Hernández. Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles.
- (34) Jenaro Río C, Moreno Rosset C, Antequera Jurado R. *DERA: Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad.*; 2008.
- (35) Moreno-Rosset C, Jurado RA, Río CJ. Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA). *Psicothema* 2009 Jan 1;21(1):118-123.
- (36) BOE núm. 126 sábado 27 mayo 2006 19947.

ANEXOS

ANEXO I. Cartel/Panfleto informativo del curso

REPRODUCCIÓN ASISTIDA, ¿CÓMO AFRONTARLA?

- PROYECTO EDUCATIVO TEORICO PRÁCTICO
- GRUPOS REDUCIDOS
- SÓLO 4 SESIONES
- APRENDIZAJE DE ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS

SJD

¿PREGUNTA A TU MÉDICO O ENFERMERA!

ANEXO II. Cuestionario FertiQoL

FertiQoL International

Cuestionario de Calidad de Vida en la Fertilidad (2008)

En cada pregunta le rogamos marcar (la casilla) la respuesta que más se ajusta a su opinión y sentimiento.
Relacione sus respuestas con sus pensamientos y sentimientos actuales.
Algunas preguntas pueden ser de su vida privada, pero son necesarias para medir bien todos los aspectos de su vida.

Le rogamos rellenar las líneas marcadas con un asterisco (*) solo si tiene una pareja.

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muy Mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy Buena
A	¿Cómo clasificaría usted su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muy Insatisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Ni Satisfecho(a) ni Insatisfecho(a)	Satisfecho(a)	Muy Satisfecho(a)
B	¿Está usted satisfecho(a) con la calidad de su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Totalmente	Mucho	Moderadamente	No Mucho	Nada
Q1	¿Se encuentran su atención y concentración afectados por pensamientos de infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	¿Piensa que no puede avanzar con otros planes de su vida debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	¿Se siente vacío(a) o agotado(a) debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	¿Se siente capaz de afrontar sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muy Insatisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Ni Satisfecho(a) ni Insatisfecho(a)	Satisfecho(a)	Muy Satisfecho(a)
Q5	¿Está satisfecho(a) del apoyo que recibe de sus amistades sobre sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	¿Está satisfecho(a) con sus relaciones sexuales aunque tenga problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Siempre	Muy Frecuente	Frecuente	A Veces	Nunca
Q7	¿Causan sus problemas de fertilidad sentimientos de celos y resentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	¿Siente desconsuelo o sentimiento de pérdida por no poder tener un hijo (o más hijos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	¿Alterna usted entre esperanza y desesperación debido a los problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	¿Se siente aislado(a) socialmente debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	¿Son usted y su pareja amorosos a pesar de tener problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	¿Interfieren sus problemas de fertilidad con sus obligaciones o tareas diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	¿Se siente molesto(a) asistiendo a situaciones sociales como festividades y celebraciones debido a sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	¿Siente que su familia puede comprender lo que usted está sufriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muchísimo	Mucho	Moderadamente	Un poco	Nada
*Q15	¿Han fortalecido los problemas de fertilidad su compromiso hacia su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	¿Se siente triste y deprimido(a) sobre sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	¿Se siente inferior a las personas que tienen hijos por sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	¿Le molesta la fatiga que experimenta debido a sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	¿Han provocado sus problemas de fertilidad repercusiones negativas en su relación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	¿Siente que es difícil hablarle a su pareja sobre sus sentimientos relacionados con la infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	¿Está contento(a) con su relación a pesar de tener problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	¿Siente presión social para tener un hijo (o más hijos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	¿Le causan enojo sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	¿Siente dolor y malestar físico debido a sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL International

Módulo de Tratamiento Opcional

¿Ha comenzado usted tratamiento para la fertilidad (incluya cualquier consulta o intervención médica)? En caso afirmativo, le rogamos responder las siguientes preguntas. En cada pregunta le rogamos marcar (en la casilla) la respuesta que más se ajusta a su opinión y sentimiento. Relacione sus respuestas con sus pensamientos y sentimientos actuales.

Algunas preguntas pueden ser de su vida privada, pero son necesarias para medir bien todos los aspectos de su vida.

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Siempre	Muy Frecuente	Frecuente	A Veces	Nunca
T1	¿Afecta negativamente su estado de ánimo el tratamiento de infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	¿Tiene a su disposición los servicios médicos de fertilidad que usted desearía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muchísimo	Mucho	Moderadamente	Un poco	Nada
T3	Describa lo complicado que es soportar el procedimiento y / o administración del medicamento para su(s) tratamiento(s) de infertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	¿Le molestan los efectos del tratamiento en sus actividades diarias o laborales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	¿Siente usted que el personal médico encargado de su fertilidad comprende lo que usted está sufriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	¿Le molestan las secuelas físicas de los medicamentos y tratamiento de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muy Insatisfecho (a)	Insatisfecho (a)	Ni Satisfecho(a) ni Insatisfecho (a)	Satisfecho (a)	Muy Satisfecho (a)
T7	¿Está satisfecho(a) con la calidad de los servicios que tiene disponibles para abordar sus necesidades emocionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	¿Cómo clasificaría usted la cirugía y/o tratamiento(s) médico(s) que ha recibido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	¿Cómo clasificaría usted la calidad de la información que ha recibido sobre el medicamento, la cirugía y/o tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	¿Está satisfecho(a) de sus comunicaciones con el personal médico de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO III. Cuestionario de satisfacción

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN SOBRE EL CURSO: REPRODUCCIÓN ASISTIDA

A continuación de forma anónima, se les ruega, que contesten de la manera más sincera posible de cara a la continuación y mejora de estos cursos en el futuro.

Cumplimenten rodeando un número del 1 al 5 según su grado de satisfacción con cada uno de los ítems siendo 1 muy insatisfecho y 5 muy satisfecho.

Evaluación de estructura					
Las fechas y horarios del curso se adaptan a las necesidades	1	2	3	4	5
La calidad de los recursos (PowerPoint)	1	2	3	4	5
Evaluación de resultados					
El contenido del curso me ha resultado útil	1	2	3	4	5
Se han cumplido los objetivos del curso	1	2	3	4	5
Se ha dado el contenido con un nivel adecuado	1	2	3	4	5
Evaluación de proceso					
El lugar de las reuniones ha sido adecuado	1	2	3	4	5
El proceso de captación fue adecuado	1	2	3	4	5
La duración del curso ha sido adecuada	1	2	3	4	5
El número de alumnos ha sido el correcto	1	2	3	4	5
El educador tenía los conocimientos necesarios	1	2	3	4	5
El educador sabía expresarse y hacer llegar los contenidos	1	2	3	4	5

El educador ha hecho ameno el curso	1	2	3	4	5
El educador ha fomentado la participación	1	2	3	4	5
El ambiente ha sido de respeto y confianza	1	2	3	4	5

¿Qué mejorarías del curso?

¿Qué opinión general le darías al curso?

Por favor, indique el nombre a continuación del educador:_____

¡Gracias por su colaboración!

ANEXO IV: Hoja de firmas control asistencia

DÍA:

SESIÓN N°:

ENFERMERA EDUCADORA:

Nombre y 1º apellido	Firma entrada	Firma salida