



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

**Proyecto Educativo: Duelo en pacientes
con problemas de esterilidad tras
procesos de reproducción asistida sin
éxito**

Alumna: Nerea Lobete Bomaho

Director: Jesús Muñoz Muñoz

Madrid, mayo de 2022

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
PRESENTACIÓN	1
1. ESTADO DE LA CUESTIÓN	3
1.1. FUNDAMENTACIÓN.....	3
1.2. DEFINICIONES	4
1.3. TIPOS DE INFERTILIDAD	5
1.4. EPIDEMIOLOGÍA.....	6
1.5. ETIOLOGÍA	8
1.6. CONSECUENCIAS DE LA ESTERILIDAD	11
1.7. SENTIMIENTOS DE DUELO FRENTE LA ESTERILIDAD	12
1.8. PREVENCIÓN.....	15
1.9. TRATAMIENTOS EXISTENTES	17
JUSTIFICACIÓN	21
2. PROYECTO EDUCATIVO	23
2.1. POBLACIÓN Y CAPTACIÓN	23
2.2. OBJETIVOS	24
2.2.1. OBJETIVO GENERAL	24
2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
2.3. CONTENIDOS.....	26
2.4. SESIONES DE TRABAJO Y CRONOGRAMA.....	28
2.4.1. CRONOGRAMA DE SESIONES	28
2.4.2. DESARROLLO DE LAS SESIONES	33
2.5. EVALUACIÓN	40
BIBLIOGRAFIA	41

ANEXOS.....	45
ANEXO 1: PÓSTER PROYECTO.....	46
ANEXO 2: FLAYER/CARTEL INFORMATIVO CAPTACIÓN.....	47
ANEXO 3: FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A TALLERES	48
ANEXO 4: MATERIAL SESIÓN 2 (SENTIMIENTOS).....	49
ANEXO 5: MATERIAL SESIÓN 2 (FRASES INCOMPLETAS).....	50
ANEXO 6: MATERIAL SESIÓN 3: BÚSQUEDA DE ALTERNATIIVAS	51
ANEXO 7: FORMULARIO DE SATISFACCIÓN	52

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud, la infertilidad afecta a más del 12% de las parejas que intentan concebir en el mundo. La mayor parte de la doctrina apunta a la infertilidad como la imposibilidad de provocar un embarazo tras mantener relaciones sexuales regulares y sin protección durante al menos un año y aunque hoy en día son numerosas las posibilidades de conseguir dicha concepción a través de técnicas como la reproducción médico asistida o la adopción es cierto que dicha problemática puede provocar una afectación emocional en las parejas inmersas que no llegan a conseguirla que también debe ser tratada.

El objetivo del presente trabajo es llevar a cabo una propuesta práctica de acompañamiento para mujeres y parejas con problemas de esterilidad que atraviesan un duelo tras el fracaso de una posible técnica de reproducción asistida, tratando de establecer una serie de actividades basadas en el trabajo cooperativo que provoquen una mejora de los índices de ansiedad, estrés y depresión que sufren los sujetos de la muestra y recomendaciones sobre la búsqueda de alternativas para aquellas parejas en las que el deseo de ser padres prima ante el deseo de reproducirse.

Palabras clave: infertilidad en parejas, acompañamiento, esterilidad, duelo, reproducción asistida.

ABSTRACT

Nowadays, according to the World Health Organization, infertility affects more than 12% of couples trying to conceive in the world. Most of the doctrine points to infertility as the impossibility of causing a pregnancy after having regular and unprotected sexual intercourse for at least a year and although today there are numerous possibilities of achieving said conception through techniques such as reproduction assisted physician or adoption it is true that this problem can cause an emotional affectation in immersed couples who do not get achieve the conception that must also be treated.

The aim of the present work is to carry out a practical proposal of accompaniment for women and couples with infertility problems who are going through a grief after the failure of a possible assisted reproduction technique, trying to establish a series of activities based on cooperative work that cause an improvement in the anxiety, stress and depression found in the subjects of the sample and recommendations on the search for alternatives in those couples that the desire to be parents prevails over the desire to reproduce.

Key words: infertility in couples, sterility, accompaniment, grief, assisted reproductive techniques.

PRESENTACIÓN

En el presente trabajo, se trata una problemática a nivel mundial como es la esterilidad/ infertilidad y la necesidad acompañamiento que necesitan las personas afectadas para poder superar el duelo de manera satisfactoria y si lo desean, ayuda en la búsqueda de alternativas que satisfagan la necesidad innata con la que nacemos de reproducirnos y formar familia.

La idea de este trabajo nace tras vivir y presenciar la dura realidad que viven aquellas mujeres en especial que sueñan desde niñas con ser madre y no lo consiguen. La no concepción, incluso toda perdida no deseada deja huella en aquellas parejas que lo sufren y aunque en muchas ocasiones gracias a los grandes avances tecnológicos tengan la oportunidad de conseguirlo por otros medios, aquellas parejas que tras años de lucha no llegan a lograrlo se pueden ver inmensas en un proceso negativo que debe ser detectado y tratado a tiempo de manera multidisciplinar.

Por todo esto, el proyecto se centra en trabajar el duelo de la no concepción, donde la enfermería puede contribuir jugando un papel fundamental de apoyo y educación para la salud en los momentos difíciles de aquellas parejas que no consiguen la concepción incluso sometándose a técnicas de reproducción asistida.

Para terminar, con este trabajo quiero en primer lugar agradecer todas las sanitarios, tutores y profesores de la Escuela de Enfermería, que durante estos cuatro años de carrera han aportado su granito de arena en mi formación, ayudándome a cumplir el sueño de ser enfermera.

En especial, a mi madre y mi pareja, porque sin su apoyo nada hubiera sido posible. A mis compañeras por haber llenado esta etapa de momentos inolvidables. Y por supuesto a mi tutor, porque sin su guía desde el principio este trabajo no hubiera sido posible.

Gracias.

1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN

El orden de la fundamentación de este trabajo comienza con una breve mención de los conceptos de infertilidad/ esterilidad y los subtipos existentes. A continuación, se hablará de la Epidemiología a nivel mundial y seguidamente de la Etiología y causas más comunes tanto físicas como psicológicas que desencadenan en el individuo tras esta problemática. Seguidamente, se hablará del sentimiento de duelo por el cual atraviesan aquellas mujeres y parejas mencionando los trastornos más comunes y las distintas escalas para valorar las etapas en la que se encuentren de dicho duelo. También, y como punto más importante desde el ámbito de la enfermería desarrollaremos brevemente la prevención ante las causas más comunes de infertilidad tanto en hombres como en mujeres desde la educación sexual, uso de la tecnología para la detección temprana e incorporación de hábitos saludables, siendo estos hábitos muy importantes para el desarrollo y bienestar de las concepciones futuras. Por último, hablaremos de los tratamientos existentes más comunes desarrollando los fármacos más usados, medicina alternativa que potencia la fertilidad, las técnicas de reproducción asistida y la puesta en marcha de técnicas y sustancias naturales novedosas poco usadas las cuales su desarrollo e investigación serían beneficiosas en un futuro como nuevo tratamiento para la sociedad.

La búsqueda bibliográfica para el desarrollo del presente trabajo se ha realizado durante los meses de octubre de 2021 a enero de 2022 en bases de datos académicas como: Pubmed, EBSCO, Google académico, Scielo, Dialnet. Se han incluido artículos en idioma castellano e inglés.

Las palabras claves introducidas para dicha búsqueda bibliográfica son procedentes de los términos MeSH y DeSC y los operadores booleanos “and”, “or” y “not”.

1.2. DEFINICIONES

Antes de adentrarse en los términos principales del presente trabajo es importante mencionar el término fertilidad y fecundidad, los cuales son definidos por la ESHRE como: fertilidad “la fecundidad observada en una población normal que consigue un embarazo dentro de los 2 años de relaciones sexuales regulares”, mientras que la fecundidad es “la probabilidad de lograr un feto vivo a partir de la exposición de un ciclo con riesgo de embarazo tras el coito”. (The ESHRE Capri Workshop, 1996).

Los conceptos de infertilidad y esterilidad son usados en ocasiones de forma análoga, si bien diversos estudios apuntan a diferencias conceptuales entre ambos. Siguiendo a Vander y Wyns, la infertilidad se define como aquella enfermedad que se caracteriza por la imposibilidad de establecer un embarazo de naturaleza clínica tras mantener al menos durante doce meses de relaciones sexuales de forma regular y sin utilizar cualquier tipo de anticonceptivo (Vander Borght & Wyns, 2018). Mientras que la esterilidad se trata de la imposibilidad de promover la gestación en una pareja, sin un límite temporal concreto (López, 2016).

Aunque existen ciertas diferencias conceptuales entre los citados autores, lo cierto es que, por lo general, la infertilidad y la esterilidad se usan de forma confusa, mientras que estas son diferenciadas de la subfertilidad como subtipología de las primeras (López, 2016).

Gnoth et al. (2005) consideraban que la subfertilidad está relacionada con la dificultad, que no imposibilidad de conseguir la gestación después de una cantidad de tiempo concreta, que no tiene por qué ser de un año. Es decir, la subfertilidad se utiliza para explicar la dificultad de una persona para concebir cuando todavía no se sabe la causa (Gnoth et al., 2005).

1.3. TIPOS DE INFERTILIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la principal diferencia entre la infertilidad primaria y la infertilidad secundaria se encuentra en que, mientras que la infertilidad primaria la mujer nunca ha concebido un hijo, en el caso de la infertilidad secundaria la imposibilidad de concebir a un nuevo descendiente no es incompatible con que la pareja haya tenido uno o varios hijos anteriormente (Benksim, Elkhoudri, Addi, Baali, & Cherkaoui, 2018).

Es decir, a diferencia de la infertilidad primaria, en la que la pareja, a pesar de mantener relaciones sexuales durante al menos un año sin medios de protección no ha logrado concebir ningún hijo, en la infertilidad secundaria sí que ha existido descendencia, pero la nueva concepción se hace imposible, con independencia de los motivos de dicha dificultad.

En la siguiente tabla, se hace un breve resumen explicativo de las diferencias entre la infertilidad primaria y la infertilidad secundario según los conceptos de la OMS.

TIPOLOGÍA	EXPLICACIÓN
<i>Infertilidad primaria</i>	La pareja nunca ha concebido un hijo, a pesar de haber mantenido relaciones sexuales sin protección durante al menos 12 meses o pasados 12 periodos menstruales.
<i>Infertilidad secundaria</i>	La pareja no puede concebir un hijo durante el plazo de 12 meses teniendo relaciones o 12 periodos menstruales, a pesar de que ha concebido al menos un hijo con anterioridad.

Tabla 1. Diferencias entre infertilidad primaria y secundaria según la OMS. Elaboración propia a partir de Benksim, Elkhoudri, Baali y Cherkaoui (2018).

La rápida evolución de los tratamientos contra la esterilidad y la infertilidad lleva a que la clasificación de la tipología de este fenómeno haya evolucionado a lo largo del tiempo, produciéndose una mejora de las esperanzas de superar las diversas tipologías de las mismas gracias a la medicina moderna y a las diferentes opciones de tratamiento y perfeccionamiento de las técnicas de reproducción asistida a lo largo de los últimos años (Sharma, Saxena, & Singh, 2018).

1.4. EPIDEMIOLOGÍA

La infertilidad es un problema a nivel mundial, por lo tanto, se estima que aproximadamente 186 millones de personas sufren esta enfermedad y la mayoría residen en países desarrollados.

Según algunos estudios, la infertilidad se encuentra en aproximadamente el 8% y 12% de las parejas en edad reproductiva de todo el mundo. Dicha infertilidad, aunque varía en función de las zonas y de otros caracteres como la esperanza de vida o el nivel de estrés, puede tener tres causas generales: la edad de la pareja femenina, el momento de la no concepción no deseada y la infertilidad que se relaciona con morbilidades o enfermedades secundarias (Vander Borght & Wyns, 2018).

Se calcula que la mayor parte de las mujeres disminuye su fertilidad entre los 25 y los 30 años, y la edad máxima promedio del último nacimiento se sitúa en una media de 40,5 años en la mayoría de las poblaciones estudiadas en las que hay una posibilidad de concepción natural (Vander Borght & Wyns, 2018).

Desde el punto de vista epidemiológico, son escasos los estudios publicados en los últimos años en relación con la infertilidad y su abordaje por parte del sistema de salud. En España se ha observado en las últimas décadas un aumento significativo en la prevalencia de la infertilidad y se estima que alrededor de un 15% de las parejas tienen problemas en la concepción (González-Rodríguez, López-Sobaler, Perea Sánchez, & Ortega, 2018), (Sánchez et al., 2019).

Utilizando una muestra de 1.660 parejas que se habían visto inmersas en un proceso de infertilidad y estaban tratando de concebir, con menos de 35 años (55% de la muestra), un buen nivel de estudios y educación (74%) y sin patologías graves que impidiesen la concepción. Al menos el 44% de las parejas de este

estudio no conseguían concebir debido al factor masculino, hablándose por parte de los autores del estudio del predominio de una infertilidad masculina e infertilidad primaria. Las tasas de embarazo clínico no llegaron a alcanzar la cuarta parte del total de parejas siendo parecidas a la media europea, lo que lleva a hablar siguiendo este estudio, desde el punto de vista epidemiológico, de una auténtica problemática que, incluso en parejas jóvenes y sanas, no se llega a recibir una solución plena por parte de los medios técnicos y clínicos para lograr la reproducción (Cardona et al., 2014).

En lo que a epidemiología se refiere en comparación con otros países, los últimos estudios de la OMS apuntan a una infertilidad de pareja de entre el 3,5 y el 16,7% en los países desarrollados, y una infertilidad de entre el 6,99% y el 9,3% en los países menos desarrollados. (Sánchez et al., 2019).

Estudios epidemiológicos de la OMS apuntan al factor masculino puro o combinado como causa de aproximadamente la mitad de los casos de infertilidad. Entre el 20 y el 30% de los hombres mayores de 18 años de todo el mundo han reportado al menos un trastorno sexual relacionado con la infertilidad a lo largo de su vida, si bien la falta de estudios en materia epidemiológica impide concretar las causas exactas de la diferencia entre los países con distinto nivel de desarrollo económico y social (Lotti & Maggi, 2018).

Por otro lado, gran parte de los casos de infertilidad femenina podrían explicarse por la alta existencia de residuos de plaguicidas en la alimentación de la mujer sometida a fertilización in vitro, llegándose a hablar de la existencia de un equilibrio entre la ingesta de alimentos altos en antioxidantes en la dieta asociada con la ingesta de fecundación in vitro y un mayor estrés oxidativo como resultado de la exposición a pesticidas en la dieta (Hood et al., 2022).

También, algunos autores señalaron que las principales causas de infertilidad por parte de las mujeres en todo el mundo estarían relacionadas con el estilo de vida en general, incluyéndose dentro de este concepto la posible existencia de obesidad en la paciente, la mala nutrición, el tabaquismo, el uso de alcohol y otras causas de origen psicológico como el estrés y la ansiedad. La modificación de la dieta y la adopción de hábitos de vida saludables, la realización de chequeos periódicos y el mantenimiento del peso corporal dentro del Índice de Masa Corporal (IMC) han demostrado ser efectivos en la reducción de los casos de infertilidad en pacientes jóvenes y sanas (Ávila Pulla, Chimbo Villacis, Gutiérrez Arias, Chuquilla García, & Plasencia Merino, 2021).

1.5. ETIOLOGÍA

El problema de infertilidad se puede atribuir a causas femeninas como masculinas, ya que numerosos factores asociados a ambos pueden ser los causantes de la dificultad en el proceso (Benksim, Elkhoudri, Addi, Baali, & Cherkaoui, 2018).

Algunos estudios apuntan a las diversas causas que pueden originar la infertilidad como formas de clasificar dicha patología. Siguiendo a esta corriente científica, los altos niveles de infertilidad de algunos países desarrollados podrían explicarse fundamentalmente por las causas mencionadas en la siguiente tabla.

CLASIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE INFERTILIDAD EN PAÍSES DESARROLLADOS
<ul style="list-style-type: none">- Edad. El incremento de la edad dificulta la concepción en ambos géneros. En el caso de las mujeres mayores de 35 se considera que existen problemas de esterilidad a los 6 meses en lugar de 12 meses y el tratamiento de dichas mujeres es prioritario ante las mujeres menores de dicha edad.- Condiciones crónicas de la pareja.- Existencia de contaminantes medioambientales o toxinas diversas.- Enfermedades infecciosas.- Condiciones genéticas de una o ambas partes.- Trastornos reproductivos específicos.- Causas psico-sociales (estrés, estilo de vida, sedentario etc.).

Tabla 2. Causas que explicarían la infertilidad en los países desarrollados.
Elaboración propia a partir de Cunningham (2017), Zauner & Girardi (2020).

Algunos estudios señalan la necesidad de considerar las diferencias de género para evaluar la infertilidad. Tradicionalmente, la evaluación del factor de infertilidad femenino ha sido el objeto de estudio en el ámbito científico, relacionando las dificultades de concebir un hijo con la posibilidad de la gestación de la mujer. Sin embargo, se estima que aproximadamente el 50% de las parejas

infértiles tienen una contribución causal masculina a dicha problemática. Además, y sobre todo en los países menos desarrollados, el alto coste de las tecnologías de reproducción asistida y la dificultad para identificar las causas reversibles de la infertilidad masculina son algunas de las problemáticas que promueven gran parte de los supuestos irreversibles de infertilidad y la inviabilidad para adoptar soluciones (Chu, Patel, & Ramasamy, 2019).

En países en que las relaciones sociales están marcadas por una serie de creencias religiosas y culturales concretas que conllevan un mayor grado de consanguinidad y relaciones intrafamiliares, se ha observado la aparición de anomalías genéticas y una alta incidencia de enfermedades metabólicas que influyen directamente en el incremento de la infertilidad. La contaminación y otros supuestos medioambientales como la baja calidad del aire a menudo guardan relación con las gestaciones anómalas desde el punto de vista genético y la aparición de problemas tras la concepción (Zauner & Girardi, 2020).

Siguiendo el estudio de Cunningham basado en la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual sintetiza la información de los últimos informes acusa que las causas de la infertilidad a nivel global podrían resumirse del siguiente modo: la mayor parte de las mismas tendrían relación con factores femeninos (37%), seguida por factores en la que ambos sexos están implicados (35%), los casos que no tienen una explicación clara o definida (20%) y por último los casos originados únicamente por la disfunción o patología de diverso tipo en el género masculino (8%), mientras que en otros estudios se cree que la causante masculina es de un 26% a 30%. Los diferentes valores observados entre diferentes estudios demuestran el desconocimiento real entre la causa real de la infertilidad y las anomalías de las pruebas (Cunningham, 2017).

En la siguiente gráfica se muestra un resumen más visual de las diferentes causas de la infertilidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

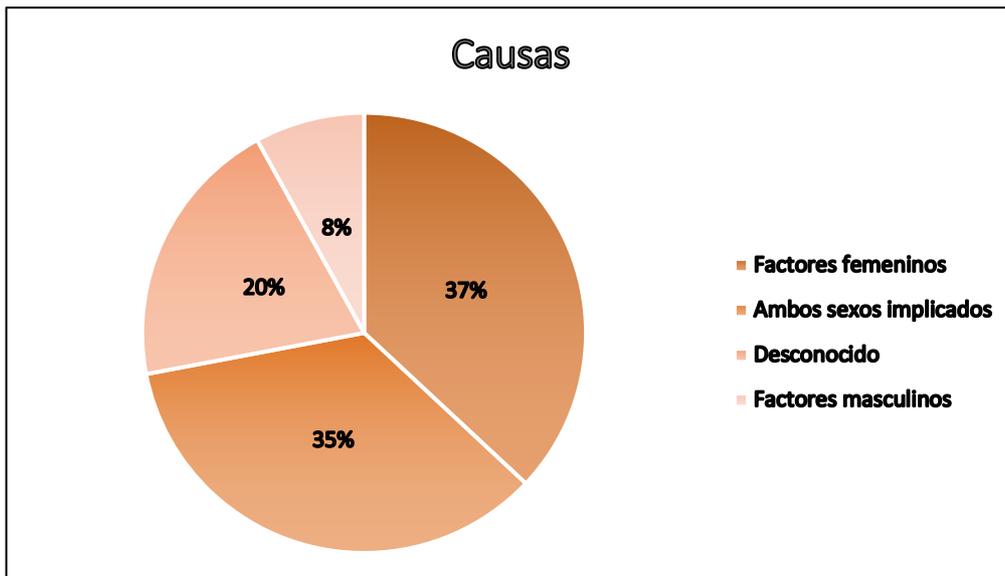


Ilustración 1. Principales causas de la infertilidad según Cunningham.

Elaboración propia a partir de Cunningham (2017).

Además de las causas ya citadas, estudios recientes relacionan la esterilidad con afecciones prevalentes relacionadas diversas endocrinopatías que se observan con frecuencia en las parejas infértiles. En el caso de la mujer, con especial referencia al ovario poliquístico que causa anovulación y la endometriosis. También, se relaciona a enfermedades como la diabetes, el peso anormal tanto bajo como elevado, las anomalías genéticas hereditarias, los desequilibrios hormonales, el uso elevado de andrógenos o los factores ambientales explican, al menos parcialmente, gran parte de los casos de infertilidad en los países más desarrollados. (Bellver & Donnez, 2019), (Hanson et al., 2017).

En el caso de los hombres, las principales causas de la infertilidad se relacionan con la disminución del deseo sexual de naturaleza hipoactiva y con la falta de satisfacción sexual. La disfunción eréctil y la eyaculación precoz son las siguientes causas, relacionadas con al menos uno de cada seis casos de infertilidad. También, a medida que aumenta la edad empiezan a surgir problemas relacionados con la cantidad, la calidad, la movilidad de los espermatozoides y la forma de estos. A menudo, la aparición de una o varias de las citadas causas se relaciona con la aparición de una gran carga psicológica y estrés que empeora el pronóstico de fertilidad. (Lotti & Maggi, 2018).

1.6. CONSECUENCIAS DE LA ESTERILIDAD

La infertilidad, se ha convertido en un problema de salud mundial que está aumentando a medida que pasan los años, en especial en los países con un gran número de población adulta o anciana, en los cuales la concepción ha dejado de ser importante para el ser humano (Sánchez et al.,2019).

Las consecuencias de la esterilidad han de abordarse desde un punto de vista interdisciplinar. Autores como Rouchou apuntan a la infertilidad y la esterilidad en los países desarrollados como una circunstancia que da origen a tres grupos de consecuencias principales: las de tipo social, las de tipo económico y las de tipo psicológico. La infertilidad se ha convertido en la actualidad en un problema de salud público poco estudiado desde el punto de vista de la sociología y la psicología, pero que tiene importantes consecuencias sobre estos ámbitos (Rouchou, 2013).

Las principales consecuencias que se producen en los supuestos de esterilidad están relacionadas sobre todo con elementos psicológicos, dado que una vez se ha diagnosticado la esterilidad o infertilidad de uno de los componentes de la pareja, a menudo se inician cambios en la conducta que dan lugar a la aparición de episodios de estrés, ansiedad e incluso depresión (Sánchez et al.,2019).

Así, autores como Viorenau (2021) demostraban la relevancia de las intervenciones terapéuticas cognitivo-conductuales para favorecer la gestión del equilibrio emocional tanto a nivel individual como de pareja, con una reducción del riesgo de psicopatologías por el problema de infertilidad o esterilidad (Viorenau, 2021).

No solamente la infertilidad o esterilidad por sí misma causa una serie de consecuencias psicológicas, biológicas y sociales sobre los afectados. Algunos estudios apuntan a que incluso el sometimiento a algunas terapias, como la Fecundación in Vitro (FIV), que consistente en la unión del espermatozoide en un óvulo en condiciones de laboratorio, provoca una serie de cambios emocionales y psicológicos en las parejas que intentan concebir a un hijo. A menudo, se ha observado que estas consecuencias están relacionadas con la reducción de la autoestima, originada en la falta de apoyo por parte de del entorno social, lo cual a medio plazo dificulta el propio bienestar de la pareja e incluso agrava el

problema, provocando tratamientos infructuosos e incluso promoviendo la deserción de la propia Fecundación in Vitro (Malina & Pooley, 2017).

Las principales consecuencias de los tratamientos contra la infertilidad y la esterilidad son de tipo emocional. Aproximadamente la quinta parte de las parejas que se somete a un tratamiento contra la esterilidad sufre elevados niveles de ansiedad, estrés y depresión (McGowan & Quinlivan, 2019). Un estudio reciente señala que la exposición de las parejas a tratamientos de infertilidad puede relacionarse con efectos positivos en la calidad de la gestación. Así, siguiendo a Glatthorn, Sauer, Brandt, & Ananth, la decisión de llevar a cabo un tratamiento de infertilidad y un seguimiento médico completo, habrían reducido en la población de Estados Unidos el riesgo de partos prematuros con un peso por debajo de la media establecida gracias al control y seguimiento durante el embarazo (Glatthorn, Sauer, Brandt, & Ananth, 2021).

No obstante, autores como McGowan y Quinlivan señalan que llevar a cabo actividades formativas en el ámbito de la esterilidad y la mejora del conocimiento permitiría reducir las secuelas psicológicas tanto en hombres como en mujeres. Así, los últimos estudios apuntan a la necesidad de incrementar el esfuerzo y la sensibilidad en los sectores públicos por atender psicológicamente a mujeres y hombres que bien se encuentran en tratamiento por esterilidad o infertilidad, o bien se encuentran ante dicha circunstancia y todavía no han iniciado el tratamiento (McGowan & Quinlivan, 2019).

1.7. SENTIMIENTOS DE DUELO FRENTE LA ESTERILIDAD

El duelo es un proceso personal que se experimenta tras un fuerte trauma como puede ser la muerte de un hijo o un familiar querido. Es un proceso personal que atraviesa varias etapas en las cuales los sentimientos más comunes son la culpabilidad, la ira, el enfado, vergüenza y tristeza entre otros. Según varios estudios, se estima que el tiempo mínimo de un duelo satisfactorio son 6 meses, pero en algunos casos puede durar años o incluso décadas si se complica dando lugar a afectaciones relacionadas con la salud mental como la depresión, comportamientos obsesivos compulsivos y ansiedad. (Tseng, Cheng, Chen, Yang & Cheng, 2017).

Se ha demostrado que la pérdida de un hijo tras un aborto temprano, pérdida neonatal o nacimiento de un bebé fallecido tienen grandes similitudes en cuanto a sentimientos encontrados tras la pérdida. Las parejas con antecedentes de infertilidad se ha demostrado que sienten más culpa y estrés tras la pérdida perinatal que aquellos a los que no se les había diagnosticado problema de esterilidad alguno y, del mismo modo, habían sufrido dicha pérdida (Tseng, Cheng, Chen, Yang & Cheng 2017).

Uno de los principales problemas que perciben aquellos sujetos que están inmersos en un proceso de esterilidad está relacionado con la incompreensión y los estigmas sociales existentes ante la infertilidad en la que a menudo se encuentran. La mayoría de los problemas de salud secundarios de diversa índole que tienen origen en la infertilidad como la ansiedad, culpa, aislamiento, miedo a la ruptura o la depresión son debidos en parte la dificultad de encontrar apoyo social y en la deficiencia de atención psicológica que experimentan los afectados del sistema sanitario público (Sormunen, Karlgren, Aanesen, Fossum, & Westerbotn, 2020), (Ibáñez, Ayllón, & Olea, 2019).

El apoyo social, en especial el de los padres de los progenitores es fundamental para afrontar el duelo y disminuir los sentimientos de culpa y tristeza que se desencadenan en la mayoría de los casos. Es por ello por lo que se ha visto que el uso de las redes sociales, como los foros para personas que atraviesan el mismo problema, es en ocasiones el medio a través del cual encuentran mayor apoyo, ya que en ocasiones el personal sanitario no llega a empatizar lo suficiente y solo transmiten aquella información que poseen como profesionales (Tseng, Cheng, Chen, Yang & Cheng, 2017) (Sormunen, Karlgren, Aanesen, Fossum, & Westerbotn, 2020).

El reproducirse, el embarazo y la maternidad son procesos muy importantes para las mujeres. El no poder concebir y la pérdida puede generar hasta en el 15% de las mismas un trauma asociado a trastornos psicológicos que afecte la visión que tienen de sí mismas. Anteriormente se consideraba que la infertilidad sin causa clínica-infertilidad psicógena- era debida a las afectaciones psicológicas desencadenadas de los intentos fallidos con anterioridad, pero se ha visto que no hay suficiente evidencia científica que demuestre la relación entre infertilidad y depresión o ansiedad, siendo estas únicamente efectos secundarios de la misma (Bhat & Byatt, 2016).

En la siguiente tabla se resumen los principales sentimientos y consecuencias psicológicas y emocionales a los que se encuentran sometidos los adultos inmersos en un caso de infertilidad o esterilidad, los cuales, siguiendo a Bhat y Byatt, coinciden en gran medida con los sentimientos que sufren los futuros progenitores que se ven inmersos en un aborto o pérdida perinatal.

SENTIMIENTOS Y CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none">- Dificultad de encontrar apoyo social.- Deficiencia de atención psicológica del sistema sanitario.- Menor calidad de vida.- Discordia marital.- Duelo complicado.- Trastorno depresivo mayor que afecta en un 17-19,5% mujeres y 15.3% hombres.- Trastornos de ansiedad generalizada en un 23, 2%.- Trastorno de estrés postraumático.

Tabla 3. Sentimientos y consecuencias psicológicas de infertilidad / esterilidad. Elaboración propia a partir de Bhat y Byatt (2016).

Para la detección temprana de los síntomas mencionados con anterioridad y que suelen ser causa principal de procesos de duelo complicados, se hace uso de diversas escalas entre las que destacan la Escala de duelo perinatal (PGS) mediante la cual se detecta si todavía se está en proceso de duelo, si hay dificultad de afrontamiento o desesperación. Y la Escala de duelo de Munich mediante la cual se intenta detectar y tratar los síntomas depresivos (Bhat & Byatt, 2016).

1.8. PREVENCIÓN

Algunos estudios señalan la importancia de actuar sobre los factores de riesgo a fin de prevenir la aparición de las causas y orígenes de la infertilidad y la esterilidad tanto sobre los hombres como sobre las mujeres. La información clínica y el estilo de vida previo ha demostrado ser uno de los factores que incide de forma más directa sobre la aparición de problemas de fertilidad en ambos sexos (Guerra-Infante et al., 2003).

El término prevención hace referencia a querer evitar un suceso o el agravamiento de este en el caso de que ya exista. Las etiologías de la infertilidad a menudo no se pueden identificar con facilidad, es por eso por lo que la prevención primaria y secundaria de la infertilidad a través de factores modificables como puede ser los hábitos diarios y la alimentación han adquirido mucha importancia para las personas afectadas por esta enfermedad. Muchas investigaciones han demostrado que existe una estrecha relación entre el estilo de vida con la calidad del semen masculino y los resultados del parto en el caso de la mujer (Hayden, Flannigan, & Schlegel, 2018).

En relación con el caso masculino, Hayden, Flannigan y Schlegel demostraron la importancia de llevar a cabo un estilo de vida saludable basado en una buena dieta, la realización de ejercicio físico y la adquisición de hábitos de cuidado corporal para mantener una buena fertilidad. Así, y aunque algunos estudios previos han arrojado resultados contradictorios, estos autores concluían que el potencial reproductivo masculino está claramente influido por el alto consumo de grasas saturadas, la exposición a pesticidas, el ejercicio de alta intensidad y los índices de masa corporal extremos. Es por eso por lo que, un cuidado previo de estos factores basado en la prevención ha demostrado mantener el nivel de fertilidad e incluso incrementarla, con respecto a aquellos que no cuidaron dichos factores, cuyo índice de calidad espermática se vio reducido (Hayden, Flannigan, & Schlegel, 2018).

En relación con la mujer, existe evidencia de que el estilo de vida y la calidad de esta muestran muchos riesgos potenciales asociados con la capacidad de reproducción hasta incluso alcanzar la infertilidad. Es por eso por lo que en las mujeres que sufren de infertilidad hay una disminución en la calidad de vida ocasionada en muchas ocasiones por el estrés, y ansiedad que genera el no poder concebir. Se ha visto que llevar a cabo un seguimiento general del estado físico y

mental previo a la concepción incide de forma positiva en los índices de fertilidad (Detti et al., 2020). (Palomba et al., 2018).

Una vez diagnosticada infertilidad la probabilidad de llevar a cabo un tratamiento con éxito es del 50% limitado por la problemática y su duración, la edad y los antecedentes de las concepciones anteriores. Es por ello por lo que al igual que en los hombres es de vital importancia evitar una vida sedentaria e implantar cambios saludables basados en una dieta equilibrada para evitar pesos extremos que alteren el ciclo hormonal y por consiguiente la ovulación (Sánchez et al., 2019).

Dentro del estudio de la esterilidad y la infertilidad, Peterson señaló que es prácticamente imprescindible realizar un estudio gráfico exhaustivo de cada una de las causas que provoca este fenómeno. Las imágenes médicas se convierten en un elemento esencial en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la infertilidad, con independencia de los factores de riesgo que hayan influido en la causa y la tipología de esta. El uso de imágenes es también muy útil desde el punto de vista psicológico para la atención a las parejas y la mejora de su bienestar psíquico y social, en la medida en que permite comprender de forma visual la problemática de su circunstancia y tratar de abordar de forma serena y comprensiva con una mejor gestión de emociones y respuesta emocional. (Peterson, 2016).

En relación con el origen de la infertilidad ocasionada por infecciones de transmisión sexual, los principales agentes patógenos que a nivel mundial facilitan el desarrollo de los casos de infertilidad o esterilidad se relacionan con *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. (Calvo, Rodríguez, & Figueroa, 2020). En el estudio de estos autores, se demostró que aquellos pacientes que habían padecido infecciones por *Chlamydia trachomatis* y otras infecciones análogas tuvieron secuelas reproductivas que se evitaron en aquellos participantes del estudio que no habían contraído tales infecciones (Guerra-Infante et al., 2003).

La evidencia empírica entre estas enfermedades y la infertilidad es clara, asociándose en el primero de los casos la mayor parte de los supuestos a infecciones asintomáticas en el género masculino que ocasionan afectación de la calidad seminal disminuyendo sus parámetros hasta en un 20%, y en el segundo de ellos a mujeres también asintomáticas que a la larga padecen problemas de fertilidad ocasionados por enfermedad inflamatoria pélvica que causa adherencias. Por esa razón, desde el ámbito de la prevención y promoción de la

salud, es importante también facilitar desde edades muy tempranas una correcta educación para la salud sexual como método efectivo para luchar contra la infertilidad que pueden ocasionar las infecciones de forma previa a la necesidad de tratamiento (Calvo, Rodríguez, & Figueroa, 2020).

1.9. TRATAMIENTOS EXISTENTES

Siguiendo a Lotti y Maggi (2018), los principales tratamientos existentes para luchar contra la infertilidad y la esterilidad son fundamentalmente los siguientes: los tratamientos de infertilidad masculina, el tratamiento farmacológico y los tratamientos contra la disfunción de la infertilidad en la pareja. En el ámbito clínico, se vienen utilizando también los tratamientos de reproducción asistida, siendo los más conocidos la fecundación in vitro (comúnmente conocida como FIV), la inseminación artificial, que consiste en estimular los ovarios de la mujer e inyectar el espermatozoides y la ovodonación (Lotti & Maggi, 2018).

La mayor parte de pacientes con problemas de fertilidad optan en España por el tratamiento de reproducción asistida. La técnica más sencilla en reproducción asistida es la conocida como inseminación artificial, en la cual se introduce el semen de una pareja o donante en el útero de la mujer que no puede concebir por sí misma o en el seno de su pareja. (Lafuente-Funes, 2019).

Se ha demostrado que las estrategias de afrontamiento de la infertilidad y el uso de tratamientos como la fecundación in vitro mejoran la calidad de vida general de la persona que no puede concebir, así como la de su propia pareja. Este estudio analizó la calidad de vida a la que se enfrentaba la pareja después del tratamiento mediante cuatro escalas: la emocional, la mente-cuerpo, la relacional y la social. Todas ellas sufrieron una mejora sustancial en su estigma tras la realización del tratamiento de fertilidad, cuando este fue exitoso (Jing et al., 2021).

En el caso de la infertilidad masculina, algunos estudios apuntan al uso de la medicina alternativa mediante el tratamiento con plantas para mejorar la fertilidad e incluso superar algunos casos de infertilidad. En los 20 casos analizados por Roozbeh, Amirian, Abdi y Haghdoost, se observó que aproximadamente el 95% de los pacientes que se trataron con plantas medicinales

mejoraron los parámetros reproductivos e incrementaron la calidad del esperma, dando lugar a un incremento de los nacimientos y a una mejora generalizada de la fertilidad. En la siguiente tabla se resumen las plantas medicinales objeto de estudio (Roozbeh, Amirian, Abdi, & Haghdoost, 2021).

PLANTAS COMO TRATAMIENTO TALTERNATIVO PARA LA MEJORA DE LA FERTILIDAD	
-	Ginseng
-	Azafrán
-	Nigella sativa
-	Polen de palma
-	Adofon
-	Topalaf
-	Sésamo
-	Mucunapruriens
-	Ashwagandha

Tabla 4. Plantas medicinales que mejoran la fertilidad. Elaboración propia a partir de (Roozbeh, Amirian, Abdi, & Haghdoost ,2021).

En el caso de la infertilidad femenina, recientes estudios apuntan al uso de Clonidina in vivo/in vitro en las mujeres infértiles que padecen de ovario poliquístico. Un ensayo clínico que tuvo lugar sobre ochenta mujeres que participaron de forma aleatorizada y en el que se administraba una tableta de Clonidina (0,1mg) dos veces al día durante dos meses. En todas las candidatas se mostró una tasa de fertilidad mayor y un mayor índice de embarazos en comparación con los casos controles en los que no se había utilizado la Clonidina. Según los primeros resultados arrojados por el estudio, la administración de una dosis óptima de Clonidina puede aumentar la madurez de los ovocitos y la tasa de embarazo en mujeres con ovario poliquístico (Zangeneh et al., 2021).

En el ámbito farmacológico, se vienen utilizando medicamentos como el citrato de clomifeno, los inhibidores de aromatasa, la metformina, gonadotropinas y progestinas. Sin embargo, algunos estudios apuntan a problemas secundarios y riesgos durante el uso de estas sustancias. En los casos en los que se produce la gestación, las tasas de malformaciones congénitas entre las mujeres infértiles

que dan a luz son relativamente más altas que en el caso de las mujeres sanas que conciben sin la ayuda de dichas sustancias (Koren, Barer, & Kaplan, 2020).

Y por último y como tratamiento novedoso, recientemente, se ha producido en Europa el primer trasplante exitoso de útero entre dos personas vivas. La paciente tenía el conocido como síndrome de Rokitansky, lo que le impedía concebir un hijo pese a la fertilidad de su pareja. El trasplante se hizo a partir del útero de su hermana sanguínea, que también se encontraba viva. De forma previa al trasplante, se llevó a cabo un procedimiento de fecundación in vitro que dio lugar a la criogenización de 12 embriones. Tras realizar la cirugía y el correspondiente trasplante, se trató a la paciente con inmunosupresores, llevándose a cabo el trasplante de forma totalmente viable y sin mayores complicaciones. Solo 47 días después del tratamiento, la paciente tuvo su primer ciclo menstrual, y el embarazo se mostraba viable (Carmona et al.,2021).

Evidencia similar a la del estudio anterior, en Italia, hasta entonces dicho trasplante solo era legal de donantes fallecidos en dicho país. Aunque desde el punto de vista médico este trasplante y por tanto la concepción del hijo era plenamente viable, la aplicación pese a ser una opción positiva para aquellas mujeres que desean ser madres y de forma natural no pueden, esta técnica llevaría a cuestionarse la viabilidad de la fertilización femenina desde el punto de vista ético y moral (Umani & Napoletano, 2021).

Tras la observación de este estudio y la lectura de varios artículos, se considera que la modernización de estas terapias y el uso de sustancias alternativas sería un elemento clave a analizar los próximos años a fin de mejorar los niveles de fertilidad, la concepción y a la par reducir los problemas congénitos que surgen tras la concepción.

JUSTIFICACIÓN

Hoy en día cada vez son más frecuentes los problemas de formar una familia en el mundo y se está viendo una reducción de las tasas de natalidad en los países desarrollados europeos y los mayores índices de infertilidad y esterilidad en hombres y mujeres originados por causas multifactoriales como enfermedades de transmisión sexual, el consumo de determinadas sustancias o la exposición a determinados agentes contaminantes. Esta problemática, exige de una puesta en marcha desde diversos ámbitos de la salud de programas para reducir la infertilidad desde la prevención, así como programas de prevención emocional en aquellas personas que pudiese ocasionar una afectación psicológica el no poder concebir.

A pesar del desarrollo del ámbito científico en la comprensión de la infertilidad y los problemas relacionados con la esterilidad, se ha observado que los tratamientos y técnicas de mejora de la fertilidad son diversos, pero no tienen una aceptación plena en todas las sociedades. Así, la aceptación de la problemática y la eliminación del estigma sobre la misma, sobre todo por parte de algunas culturas, religiones y sociedades, sería el primer paso que llevar a cabo para superar la problemática.

Los tabúes hacia la esterilidad, la responsabilidad que cae sobre uno de los progenitores e incluso los problemas conyugales que ocasiona la esterilidad y la baja fertilidad son desencadenantes de todo tipo de conflictos psicológicos y emocionales tanto a nivel interno como a nivel extrafamiliar. Así, el incremento de las depresiones entre familias que no pueden concebir a uno o varios hijos, las presiones del entorno social o la ansiedad son algunos de los sentimientos que expresan dichas parejas.

Es por eso por lo que considero que el tratamiento no debe centrarse únicamente en ayudar a reproducirse, sino también en vigilar e intentar prevenir las afectaciones psicológicas que puedan surgir en aquellas parejas que tras varios intentos e ilusiones de formar una familia no lo consiguen.

En la iniciativa y el objetivo final de este trabajo, se plantea desarrollar un proyecto educativo en el que, desde el ámbito de la enfermería, se busque promover la labor de prevención, apoyo y acompañamiento a aquellas parejas que se encuentran inmersas en un proceso de infertilidad, que busquen concebir a un hijo y los problemas de fertilidad se lo impidan y se encuentren sometidas a un

tratamiento farmacológico y terapia de reproducción asistida, siempre y cuando se cumpla con la definición de infertilidad o esterilidad, es decir, que se estén teniendo relaciones sexuales frecuentes durante al menos un año sin éxito en la concepción y que posteriormente hayan intentado métodos de reproducción asistida sin éxito.

2. PROYECTO EDUCATIVO

2.1. POBLACIÓN Y CAPTACIÓN

Población del proyecto

La población de este proyecto educativo son mujeres solteras en edad fértil y reproductiva, aproximadamente entre los 25 años hasta los 40 años y parejas del mismo rango de edad que hayan intentado al menos un método de reproducción asistida sin éxito. No obstante, aunque esta es la población diana objetivo principal del proyecto, las inscripciones no quedan cerradas a ninguna mujer con edad inferior o superior, dado que la fertilidad puede variar en virtud de diversas variables físicas, biológicas, genéticas, etc. Se excluyen las mujeres y parejas que no hayan intentado reproducción asistida.

Las mujeres que son población diana de este proyecto han pasado ya por el proceso y aceptación de no poder conseguir la gestación de forma natural, y han intentado al menos 1 vez una técnica de reproducción asistida la cual no ha tenido éxito.

Recurren al taller porque se encuentran en una situación de duelo ocasionado por la infertilidad/ esterilidad como patología de base que les impide la concepción y además han intentado sin éxito alguna técnica de reproducción asistida.

En el proyecto educativo se atenderá a esta población desarrollando tareas para el fomento de la vida saludable que llevaría al posible incremento de la probabilidad de éxito de las técnicas de reproducción futuras y aceptación en los casos ya inviábiles, enfocándonos sobre todo en la labor de la gestión de emociones a través del acompañamiento y el apoyo mutuo y en el caso de aquellas parejas que busquen otras alternativas se ofrecerá información.

Captación

En cuanto a la captación de las mujeres y parejas en edad fértil, la misma se lleva a cabo gracias a la labor de publicidad mediante *flayers*, pósteres (ANEXO 1 Y 2) y boca a boca que se llevará a cabo fundamentalmente con la colaboración de los profesionales sanitarios (medicina y enfermería) del hospital Universitario de Getafe y Severo Ochoa de Leganés donde se realizan procesos y técnicas de

reproducción asistida. Estos *flayers* y carteles también se repartirán en los centros de salud de ambos municipios, así como en el centro de atención a la mujer. Se pedirá a los profesionales sanitarios que se comente este proyecto a las mujeres que están en tratamiento por infertilidad o esterilidad.

La participación en el proyecto es totalmente voluntaria. Las mujeres que quieran participar tendrán que rellenar un formulario(ANEXO 3) a fin de obtener sus datos e informarles en materia de la Ley Orgánica de Protección de Datos sobre el tratamiento responsable de los mismos.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal del proyecto es trabajar el posible duelo complicado reforzando técnicas y herramientas para el desarrollo de habilidades que permitan gestionar las emociones negativas de manera efectiva.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos del proyecto son de conocimiento, de habilidades y de área afectiva.

Objetivos de conocimiento:

- Diferenciar los conceptos de fertilidad e infertilidad.
- Dar a conocer las posibles causas de la infertilidad.
- Comprender la relevancia de llevar a cabo una vida saludable para incrementar los niveles de éxito en los procedimientos de reproducción asistida.
- Conocer las alternativas clínicas y tratamientos adicionales que permiten dar viabilidad a la gestación en mujeres con problemas de fertilidad.
- Analizar alternativas como la adopción y la gestación subrogada.

Objetivos de habilidades:

- Incorporar en el día a día hábitos saludables para incrementar la viabilidad del embarazo.
- Desarrollar tolerancia a los niveles de estrés y ansiedad a los que se enfrentan mujeres y sus parejas durante el proceso de infertilidad.
- Aprender a enfrentarse a la situación de infertilidad y esterilidad.
- Dar el paso de actuar frente a la inviabilidad de las técnicas de reproducción asistida para el embarazo con la búsqueda de nuevas alternativas (adopción, gestación subrogada...).

Objetivos en el área afectiva:

- Escuchar los testimonios del resto de participantes
- Expresar los sentimientos que se sufren durante el periodo en que no es posible la gestación.
- Verbalizar la reducción del miedo y sentimientos negativos frente a la infertilidad e inviabilidad de la reproducción asistida realizada.
- Expresar un incremento de bienestar mejorando los niveles generales de ánimo gracias al apoyo mutuo en la pareja y en terceros ajenos a la misma.

2.3. CONTENIDOS

El contenido se organizará a lo largo de tres sesiones de trabajo en las que se darán a las mujeres solteras y a las parejas inscritas herramientas conocimiento sobre las posibles causas de la inviabilidad de la reproducción asistida, habilidades para superar los sentimientos negativos originados frente a la inviabilidad del embarazo, y en último lugar, se darán opciones alternativas – no clínicas- como la adopción o la gestación subrogada en aquellos países en los que sea legal la misma para aquellas parejas en las que prime el deseo de ser padres frente al de reproducción.

Se llevará a cabo un proceso de acompañamiento por parte de especialistas que trabajan en este ámbito de la sanidad que permitirá mejorar los niveles de estrés y frustración y, sobre todo, llevar a cabo una labor formativa que permitirá desarrollar los objetivos de conocimiento, habilidades y afectivos que se han desarrollado en el apartado anterior del trabajo. Con todo esto nos aseguraremos de que los participantes hayan adquirido conocimientos para una mejor aceptación y, sobre todo, dado el primer paso para una mejor gestión de sentimientos que surgen en este proceso tan difícil.

Los contenidos se organizan en tres sesiones:

Sesión 1.

PRESENTACIÓN: presentación de los profesionales encargados del proyecto y del contenido a impartir, así como, presentación de los participantes para empezar a crear un ambiente de armonía.

CONTENIDO: “Comprende un poco más” hablaremos sobre el concepto de infertilidad y esterilidad, causas de la infertilidad, importancia de la vida saludable, opciones clínicas (como método de ayuda para la aceptación y disminución de los posibles sentimientos de culpa.

Sesión 2.

CONTENIDO: “Déjate ayuda en grupo”. Mediante dinámicas grupales trataremos los sentimientos durante el proceso de infertilidad más comunes entre los participantes. La importancia del apoyo mutuo. Enfrentarse a los sentimientos y las técnicas que emplean cada uno de ellos dando al final nuevas que les puedan ser útil. Tolerancia al estrés. Resiliencia y aceptación a través del perdón.

Sesión 3.

CONTENIDO: “Un nuevo amanecer” La inviabilidad del embarazo. Hablaremos sobre las alternativas a los tratamientos clínicos más usadas. También, sobre la adopción y gestación subrogada que es posible en otros países fuera de España. Importancia de la ley internacional en la gestación subrogada y trámites a seguir en procesos de adopción nacional.

SESIÓN	CONTENIDOS QUE SE ABORDAN
SESIÓN 1	<p><u>COMPRENDE UN POCO MÁS</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Presentación profesionales y participantes.- Concepto de infertilidad y esterilidad.- Causas de la infertilidad.- Importancia de los hábitos saludables de vida.- Opciones clínicas (primero y sucesivos intentos) .
SESIÓN 2	<p><u>DEJATE AYUDAR EN GRUPO</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Los sentimientos durante el proceso de duelo.- El apoyo en terceras personas / apoyo en la pareja.- Formas de abordar los sentimientos.- La tolerancia al estrés.- La importancia de la resiliencia.

SESIÓN 3	<u>UN NUEVO AMANECER</u> <ul style="list-style-type: none"> - La inviabilidad total del embarazo. - Alternativas a los procedimientos clínicos. - La adopción. - La gestación subrogada. - Importancia legislativa en materia de gestación subrogada. - Problemas de la gestación subrogada.
---------------------------	---

Tabla 3. Contenidos de las sesiones. Fuente: Elaboración propia.

Tales contenidos serán abordados por especialistas en la materia, por lo que durante todo el proceso y la duración de las sesiones cobrará vital importancia el ambiente cercano y de apoyo. Explicar los conceptos de infertilidad, las opciones clínicas, los sentimientos durante todo este proceso o las alternativas a los procedimientos clínicos tiene, en realidad, el objetivo último de disminuir la culpabilidad y acompañar a las mujeres y parejas en un proceso duro desde el punto de vista emocional haciéndolas ver que gracias a la tecnología y a los avances no deben rendirse en primera instancia, ya que, su estado emocional influirá en los intentos futuros y en su vida diaria en general. Y en el caso de haber agotado las posibilidades, que existen otras alternativas a valorar.

2.4. SESIONES DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

2.4.1. CRONOGRAMA DE SESIONES

Las sesiones de trabajo consistirán en el desarrollo de una serie de actividades basadas en las metodologías grupales de trabajo cooperativo. El trabajo cooperativo supone aquella estrategia de enseñanza-aprendizaje a través de la cual un grupo de personas llevan a cabo actividades o tareas con el fin de alcanzar un objetivo último común (en este caso, adquirir habilidades y destrezas relacionadas con la gestión emocional, el desarrollo de la resiliencia a la

inviabilidad del embarazo y visibilidad de opciones no clínicas) todo ello, a través de dinámicas e interacción colectiva que les permita intercambiar ideas y apoyo mutuo respecto al problema en común.

Al utilizar metodologías de aprendizaje basadas en el trabajo cooperativo, permitimos por un lado que las personas participantes se sientan acompañadas (muy importante sobre todo en el caso de mujeres solteras que participen de los talleres) y al mismo tiempo que todos los participantes (tanto solteras como parejas) adquieran una serie de habilidades y destrezas relacionadas con la gestión de emociones en compañía, facilitando la capacidad de expresar emociones, transmitir sentimientos, superar miedos y sobre todo la aceptación etc.

Las técnicas que se utilizarán durante las sesiones serán de tres tipos:

expositivas, de investigación, y análisis interno para el desarrollo de habilidades y destrezas.

La técnica expositiva se llevará a cabo tanto por los especialistas que llevarán a cabo una lección magistral (sobre todo a inicio de las sesiones) dando pie a la comprensión teórica de conceptos por parte de los participantes en las tareas, pero al mismo tiempo por parte de los participantes, que aprenderán a exponer su punto de vista, sentimientos, compartir emociones en conjunto.

La técnica de desarrollo de habilidades y destrezas mediante dinámicas grupales como la charla participativa permitirá compartir experiencias y enseñará a los participantes a superar la situación en la que se encuentran, bien con un proceso de pura resiliencia o tolerancia a la frustración mediante la adopción de decisiones que le permitan superar la situación de partida.

En tercer lugar, y en lo que se refiere a la técnica de investigación, se va a promover también entre los participantes un interés que los lleve a investigar y convertirse en sujetos participes de su propio aprendizaje, dando cabida en ciertos momentos a un aula invertida en la que son los propios participantes quienes desempeñan el papel de protagonista del proceso de aprendizaje y luego lo comparten entre ellos. Esto sería en la tercera sesión, por ejemplo, se da pie a que los participantes investiguen sobre países en los que es viable la gestación subrogada, y obtengan información sobre los requisitos legales, económicos, burocráticos etc de este procedimiento.

Las sesiones son tres, que corresponden con los contenidos de la Tabla 4. Es recomendable que se acuda a las tres, dado que los contenidos que se imparten en las mismas son consecutivos y están relacionadas entre sí. No

obstante, ya que es un taller voluntario, no es precisamente obligatorio que los asistentes participen en las tres, pudiendo asistir de forma independiente a dos o incluso a solo una de las sesiones cuando así lo considere conveniente la mujer o pareja participante. Se prevé en este sentido que la sesión tercera “Un nuevo amanecer” donde hablaremos de la búsqueda de alternativas, relativa a adopción e información sobre gestación subrogada sea la que pueda plantear mayor interés y por tanto recibir mayor asistencia por parte de quienes han tenido ya al menos varios intentos de reproducción asistida y esta se ha mostrado inviable.

En la siguiente tabla se describen las características de cada una de las sesiones.

SESIONES:	CARACTERÍSTICAS:
<p style="text-align: center;">SESIÓN 1 (LUNES)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del programa educativo y de los participantes. 2. Tormenta de ideas o “brainstorming” de conceptos para conocer el punto de partida de los participantes. 3. Explicación de los conceptos de infertilidad y esterilidad, sus posibles causas, y se hace una exposición sobre la importancia de la vida saludable durante todo este proceso. 4. Se facilita el email de los ponentes para cualquier tipo de duda o cuestión durante las sesiones o a posteriori.

<p style="text-align: center;">SESIÓN 2 (MIÉRCOLES)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinámica grupal mediante el de debate sobre los sentimientos de los participantes. 2. Trabajo en conjunto sobre la importancia de compartir sentimientos y abordarlos en todo momento. 3. Explicación y trabajo sobre la gestión de los conceptos de estrés y resiliencia.
<p style="text-align: center;">SESIÓN 3 (VIERNES)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la tercera y última sesión, puesta en común de los casos por parte de los participantes en los que se ha mostrado una inviabilidad total del embarazo, a fin de trabajar la gestión emocional. 2. Exposición por parte de un facultativo especialista sobre alternativas a los tratamientos clínicos, explicando las diferencias entre adopción y gestación subrogada. 3. Facilitación del contacto para resolución de dudas por parte de instituciones encargadas de dicho procedimiento.

Tabla 4. Características de las sesiones. Fuente: Elaboración propia.

Los contenidos de este proyecto se llevarán a cabo a lo largo de la primera semana del mes de junio en horario que la sala cedida por el hospital no esté ocupada.

Lo importante es que las sesiones se desempeñen en días alternos durante una semana: lunes, miércoles y viernes, para una mejor reflexión de los

participantes. Se realizará por primera vez en el mes de junio, en el contexto del Día Internacional de la Fertilidad que se celebra precisamente el día 4 de ese mes para dar mayor visibilidad a que es un problema a nivel mundial, y sobre el cual, los profesionales de la salud empatizamos.

El proyecto se repetirá la primera semana de julio, con el fin de acoger a la mayor parte de participantes posibles. Los grupos serán de máximo 20 personas, a fin de crear una atmósfera cercana y hacer el trabajo cooperativo viable. En caso de que haya un mayor número de participantes se programará con el hospital la repetición de las sesiones durante un máximo de dos ocasiones al año, Los horarios de las sesiones son los siguientes:

- **SESIÓN 1.** lunes a las 15:30.
- **SESIÓN 2.** miércoles a las 16:00.
- **SESIÓN 3.** viernes a las 15:30.

Los talleres los llevarán a cabo cinco profesionales, tres de ellos facultativos propios del hospital de Getafe donde tendrá lugar la sesión. Éstos participan de forma totalmente voluntaria por sus conocimientos en materia de reproducción asistida y procesos de infertilidad y esterilidad. Un cuarto profesional del hospital Severo Ochoa de donde también provienen participantes, y el quinto es especialista en psicología con conocimientos extensos en la gestión de emociones en casos de duelo complicado.

Se trata que los profesionales de distintos ámbitos sean capaces de integrar sus conocimientos y proporcionar una educación integral a los asistentes, favoreciendo distintos puntos de vista y sobre todo permitiendo que se desarrollen las capacidades, habilidades y destrezas que permitirán a los participantes gestionar las emociones y superar el proceso de forma autónoma una vez que terminen los talleres.

2.4.2. DESARROLLO DE LAS SESIONES

La duración aproximada de las sesiones es de dos horas, aunque se dará algo de margen adicional a la tercera sesión a fin de abordar dudas y revisar los contenidos de las sesiones anteriores (máximo 30 minutos adicionales). Durante las dos veces que se lleve a cabo la programación de las sesiones tendrán un desarrollo idéntico, que corresponderá con el desarrollo que se recoge en la tabla a continuación.

SESIONES:	DESARROLLO, METODOLOGÍA:
1º SESIÓN	<p><u>Presentación:</u></p> <p>Antes de comenzar con la temática principal se llevará a cabo una breve presentación de los profesionales encargados del taller, así como de los participantes inscritos.</p> <p><u>Explicación de la sesión:</u></p> <p>La primera sesión comenzará con una lluvia de ideas o “brainstorming”, en la que se lanzan algunas preguntas que sirven para poner en contexto al grupo participante y, al mismo tiempo, saber el nivel de partida por parte de los docentes que imparten el curso. Al mismo tiempo, esta lluvia de ideas da pie a la presentación de los participantes entre sí, ya que al participar deben decir su nombre previamente, así como la presentación de los ponentes.</p> <p>Entre las cuestiones que se lanzan, están las siguientes: <i>¿Sabéis que es la infertilidad? ¿Hay alguna diferencia con la esterilidad? ¿Creéis que hay alguna relación entre la infertilidad/esterilidad</i></p>

y los estilos de vida? ¿Qué podemos hacer cuando descubrimos que somos infértiles? con el fin de que los participantes profundicen en ellos mismos.

En la segunda parte de la sesión se explican las diferencias entre infertilidad y esterilidad y se explican pautas de vida saludable que son de vital importancia para el embarazo y el éxito del proceso de reproducción asistida: dieta saludable, reducción de consumo de alcohol y tabaco, ejercicio físico, salud mental, etc.

Por último, se expone una diapositiva con asociaciones con las que contactar para abordar problemas relacionadas con esta temática.

Duración de la sesión:

Duración total 120 minutos. 5 minutos de cortesía. Los primeros 40 minutos se dedican a presentación y a la lluvia de ideas. Los siguientes 45 minutos se dedican a la explicación de conceptos: infertilidad, importancia de la vida saludable, opciones ante infertilidad diagnosticada.

Metodología utilizada:

Dinámica grupal a fin de poner en común el punto de partida y posteriormente a través de la técnica expositiva se expondrán los conceptos por parte de los organizadores de la sesión y se compartirán experiencias. Se adoptará en todo momento la exposición participativa con los que quieran aportar contando alguna experiencia sobre los conceptos o dudas relacionadas, dándoles un papel de protagonismo en la sesión.

	<p><u>Recursos y material:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Power Point expuesto por parte de los ponentes . - Pizarra digital y proyector. - Papel y bolígrafo para los participantes. - Micrófono.
--	--

2º SESIÓN	<p><u>Explicación de la sesión:</u></p> <p>La finalidad de la segunda sesión es tratar los sentimientos y crear un ambiente de aula ideal para compartir experiencias a través de la metodología del “ovillo de lana” y “frases incompletas”.</p> <p>En la primera parte de la sesión, el ponente explicará los sentimientos que pueden darse tras someterse a un proceso clínico de infertilidad cuando este no es satisfactorio (ANEXO 4), a fin de que los participantes puedan verse identificados con el mismo y dar pie a la puesta en común de los mismos por parte de todos los participantes del grupo.</p> <p>Durante esta sesión se pondrán en común los distintos sentimientos, que coincidirán con los proporcionados al principio de la sesión por parte del ponente.</p> <p>Las frases incompletas preparadas previamente por el ponente serán en relación con los sentimientos más comunes que pueden aparecer explicados previamente, generando así que los participantes por escrito reflejen con los que más se sienten identificados.</p>
------------------	---

Posteriormente, el ovillo de lana permite reforzar el contacto. Colocados en forma de círculo, todos los participantes pondrán en común sus sensaciones y experiencias escritas, creando un entorno de aprendizaje mutuo que permitirá la interacción de todos los participantes, ayudándose entre sí y creando un clima amigable sobre el abordaje del estrés, la frustración y la importancia de la resiliencia frente a este proceso de infertilidad y fracaso de la intervención clínica.

Duración de la sesión:

Duración total de 120 minutos. 5 minutos de cortesía. En los primeros 20 minutos, el ponente explicará los sentimientos normales durante este proceso, para que puedan ser conocidos y sirvan como base para el desarrollo de la metodología de las frases incompletas y del ovillo de lana. Los siguientes 90 minutos se dedicarán a las dinámicas (ANEXO 4 Y 5) y participación mediante la charla-coloquio de los participantes.

Metodología utilizada:

Se utiliza la técnica grupal ovillo de lana y frases incompletas, a fin de compartir experiencias. En concreto, para favorecer la comunicación.

Una primera persona comienza exponiendo sus frases completadas, dando pie también a contar su historia y sensaciones desde que se sometió al tratamiento de reproducción asistida, explicando las emociones y sentimientos que sufrió durante el mismo. Posteriormente, lanza el ovillo (que en realidad podrá ser cualquier objeto) a otra persona aleatoria.

	<p><u>Recursos y material:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de exposiciones. - Pizarra digital y proyector. - Power Point con sentimientos y estrategias para abordarlos (ANEXO 4). - Hoja con frases incompletas(ANEXO 5). - Sillas en circulo - Ovillo de lana.
--	--

<p>3º SESIÓN</p>	<p><u>Explicación de la sesión:</u></p> <p>En esta tercera sesión se expondrán las conclusiones de la sesión anterior sobre los casos por parte de los participantes en los que se ha mostrado una esterilidad o inviabilidad total del embarazo, en relación con la importancia de interactuar con la pareja o con sujetos terceros para la superación temprana de los sentimientos de frustración, estrés y otros análogos. Posteriormente, se lleva a cabo una exposición por parte de un facultativo especialista sobre alternativas a los tratamientos clínicos, explicando las diferencias entre adopción y gestación subrogada.</p> <p>Esta segunda parte de la sesión es de gran interés para los participantes, dado que la mayor parte de estos quieren tener descendencia, pero la técnica clínica y la puramente biológica han fallado. Es por ello por lo que se prevé que esta sea la sesión con un mayor número de participantes.</p> <p>En la segunda parte de la sesión, se expone el material del ANEXO 6, y se llevará a cabo la explicación de las técnicas alternativas de adopción y gestación subrogada. En cuanto a la adopción, se explica la</p>
------------------------------------	--

normativa vigente en España y las distintas opciones y diferencias entre adoptar dentro y fuera del país.

En cuanto a la gestación subrogada, se explica que la misma no es legal en España, pero se analizará la viabilidad de gestar mediante vientre subrogado fuera de nuestras fronteras.

Se aprovecha el contexto internacional del conflicto entre Rusia y Ucrania para explicar los problemas que pueden aparecer al optar por un proceso de gestación subrogada internacional, así como un análisis de las posibles críticas legales y morales que se enfrentan con esta decisión.

Duración de la sesión:

Duración total de 120 minutos, más 30 minutos adicionales en caso de que sea necesario. 20 primeros minutos de puesta en común de las conclusiones de la sesión anterior. Posteriormente se explican durante 20 minutos los procesos de adopción y gestación subrogada. Los 30 minutos siguientes consisten en una exposición por parte de una familia invitada con 2 hijos: 1 por un proceso de gestación subrogada y el otro por adopción.

Los 30 últimos minutos se dejan de margen para responder a cuestiones que puedan haber surgido durante esta o las anteriores sesiones, así como la despedida. Se compartirá un enlace en los últimos 10 minutos para rellenar el cuestionario de satisfacción. Este cuestionario es totalmente voluntario, pero se pedirá a los asistentes que lo completen para poder tener constancia de la opinión de los participantes y, en caso de que se lleven a cabo nuevas ediciones de los

	<p>talleres, poder mejorarlos para atender a las personas que asistan a los mismos.</p> <p><u>Metodología utilizada:</u></p> <p>La metodología empleada durante toda la sesión es la charla participativa en “gran grupo”, aprovechando que ya se han creado lazos entre los participantes en las sesiones anteriores. Se dará un enfoque activo a aquellos participantes que quieran intervenir durante el desarrollo de las sesiones.</p> <p><u>Recursos y material:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de exposiciones. - Pizarra digital y proyector. - Power Point (ANEXO 6). - Micrófono. - Sillas en círculo. - Formulario satisfacción (ANEXO 7).
--	--

Tabla 5. Desarrollo de las sesiones. Fuente: Elaboración propia.

2.5. EVALUACIÓN

El desarrollo de los talleres se evaluará utilizando un formulario de satisfacción (ANEXO 7), en el que los participantes serán los encargados de evaluar el buen desarrollo de los talleres. Se trata de un cuestionario que recoge cuestiones tanto en relación con la evaluación de los ponentes, como cuestiones relativas a la autoevaluación de los participantes, para conocer su nivel de motivación y satisfacción al finalizar los mismos.

La evaluación se realiza de forma individual por parte de cada asistente, que recibirán un enlace con el formulario elaborado en Google Forms. Se pueden responder a todas, varias o ninguna de las preguntas, pues completarlo es totalmente voluntario, pero se insistirá en la importancia de evaluar todas las cuestiones. En caso de que no haya tiempo, se valorará la opción de enviar los formularios utilizando las direcciones de email que facilitaron los participantes en las fichas de inscripción.

El formulario recoge una serie de ítems que tienen por finalidad conocer cuál de las partes de las que forman el programa ha sido más útil para los participantes y qué parte ha sido menos satisfactoria para los asistentes. Se evaluará la calidad de la formación impartida, la metodología, la calidad de los materiales utilizados y la duración del desarrollo de las sesiones.

En el formulario se recogen también varias preguntas que sirven para realizar una evaluación personal de los objetivos y resultados alcanzados por los propios participantes. Estas preguntas están dirigidas a comprender si realmente los talleres han sido motivadores y útiles, y, sobre todo, si han conseguido obtener habilidades y destrezas que ayuden en la autogestión de emociones desencadenadas del fracaso de las técnicas de reproducción asistida.

Se facilitará en los últimos diez minutos de la última sesión, con el fin de que se evalúe no solo la última sesión, sino todas ellas.

El grado de satisfacción servirá para la adaptación y modificación de las futuras ediciones de estos talleres, con el fin de dar respuesta en la mejor medida de lo posible a las necesidades de los asistentes y, en el caso de que hubiera cosas que mejorar, tener constancia escrita y concreta de cuáles serían tales mejoras.

BIBLIOGRAFIA

Ávila Pulla, L. A., Chimbo Villacis, C. J., Gutiérrez Arias, J. I., Chuquilla García, E. A., & Plasencia Merino, R. M. (2021). Causas y consecuencias de la infertilidad en las mujeres. *Rev. Recimundo*, 5(3), 324-332. doi:10.26820/recimundo/5. (3). sep.2021.324-332

Bellver, J., & Donnez, J. (2019). Introduction: Infertility etiology and offspring health. *Fertility and Esterility Journal*, 111(6), 1033-1035.

Benksim, A., Elkhoudri, N., Addi, R.A., Baali, A., & Cherkaoui, M. (2018). Difference between Primary and Secondary Infertility in Morocco: Frequencies and Associated Factors. *International Journal of Fertility and Sterility*, 12(2), 142-146.

Bhat, A., & Byatt, N. (2016). Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 30-32.

Calvo, J. P., Rodríguez, Y. P., & Figueroa, L. Q. (2020). Infertilidad y factores que favorecen su aparición. *Revista Médica Sinergia*, 5(5), e485-e485. doi:10.31434/rms. v5i5.485

Cardona, D., Leite, R., Campos, C., Coelho, C., Pinto, M., & Sousa, S. (2014). Epidemiologic study of infertility. (123-131, Ed.) *Revista Internacional de Andrología: salud sexual y reproductiva*, 12(4).

Carmona, F., Rius, M., Díaz-Feijoo, B., Musquera, M., Tort, J., & Alcaraz, A. (2021). Uterine transplantation. first viable case in southern europe. *Medicina Clínica*, 156(6), 297-300. doi:10.1016/j.medcli.2020.12.001

Chu, K., Patel, P., & Ramasamy, R. (2019). Consideration of gender differences in infertility evaluation. *Current Opinion in Urology*, 29(3), 267271.

Cunningham, J. (2017). Infertility: A primer for primary care providers. *JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 30(9), 19-25. doi:10.1097/01.JAA.0000522130.01619.b7

Deti, L., Francillon, L., Christiansen, M. E., Peregrin-Alvarez, I., Goedecke, P. J., Bursac, Z., & Roman, R. A. (2020). Early pregnancy ultrasound measurements and prediction of first trimester pregnancy loss: A logistic model. *Scientific Reports*, 10(1), 1-10. doi:10.1038/s41598-020-58114-3

Gnoth, C., Godehardt, E., Frank-Herrmann, P., Friol, K., Tigges, J., & Freundl, G. (2005). Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Human Reproduction*, 20(5), 1144-1147. doi:10.1093/humrep/deh870

González-Rodríguez, L. G., López-Sobaler, A. M., Perea Sánchez, J. M., & Ortega, R. M. (2018). [Nutrition and fertility]. *Nutricion Hospitalaria*, 35(6), 7-10. doi:10.20960/nh.2279

Ibáñez, Á.G., Ayllón, E. P., & Olea, N. D. (2019). Estigmatización de la "falta" desde una perspectiva cultural: Influencia de la infertilidad en la salud y actuaciones de enfermería. *Evidentia.Revista basada en la evidencia*, 16(16),41.

Hanson, B., Johnstone, E., Dorais, J., Silver, B., Peterson, C. M., & Hotaling, J. (2017). Female infertility, infertility-associated diagnoses, and comorbidities: A review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(2), 167-177. doi:10.1007/s10815-016-0836-8

Hayden, R., Flannigan, R., & Schlegel, P. (2018). The Role of Lifestyle in Male Infertility: Diet, Physical Activity, and Body Habitus. *Current Urology Reports*, 19(7), 56-66.

Hood, R. B., Liang, D., Chiu, Y., Sandoval-Insausti, H., Chavarro, J. E., Jones, D., Hauser, R., Gaskins, A. J. (2022). Pesticide residue intake from fruits and vegetables and alterations in the serum metabolome of women undergoing infertility treatment. *Environment International*, 160, 107061. doi: 10.1016/j.envint.2021.107061

Jing, X., Gu, W., Zhang, L., Xu, X., Wang, M., Joann, H., & Wang, W. (2021). Coping strategies mediate the association between stigma and fertility quality of life in infertile women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *BMC Womens Health*, 21(386),2-7. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01525-9>

Koren, G., Barer, Y., & Kaplan, Y. (2020). Fetal safety of medications used in treating infertility. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 13(9), 991-1000.

Lafiente, F. S., (2019). La reproducción asistida en el contexto español. *Política y Sociedad*, 56(3).

Lotti, F., & Maggi, M. (2018). Sexual dysfunction and male infertility. *Nature Reviews Urology*, 15(5), 287-307.

Guerra, I.F., Flores-Medina, S., Arteaga-Troncoso, G., Zamora-Ruiz, A., López-Hurtado, M., & Ortiz-Ibarra, F. J. (2003). Risk factors and reproductive

sequelae associated with chlamydia trachomatis infection in infertile women. *Salud Publica De Mexico*, 45 Supp 5, 672.

López, O. (2016). Infértiles y estériles: diferencias en disfunciones sexuales y depresión. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 59(6),383-392.

Malina, A., & Pooley, J.A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization - Review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine:AAEM*, 24(4), 554-558.

McGowan, L., & Quinlivan, J. (2019). Social consequences for women undergoing fertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 40(2), 89-91.

Palomba, S., Daolio, J., Romeo, S., Battaglia, F.A., Marci, R., & Battista, G. (2018). Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 16(113), 11-21.

Peterson, R. (2016). Medical Imaging and Infertility. *Asrt EssentialEducation*, 88(2), 169-188.

Roosbeh, N., Amirian, A., Abdi, F., & Haghdoost, S. (2021).A Systematic Review on Use of Medicinal Plants for Male Infertility Treatment. *Journal of Family and Reproductive Health*, 15(2), 74-81.

Rouchou, B. (2013). Consequences of infertility in developing countries. *Perspect Public Health*, 133(3), 174-179.

Sánchez, E. J. L., Vélez, A. K. Z., Pontón, A. M. D., Cevallos, G. P. T., Barahona, R. E. R., & Santos, B. E. P. (2019). Consecuencias y alternativas para las mujeres con problemas de infertilidad. *Recimundo*, 3(3), 1572-1585. doi:10.26820/recimundo/3. (3). septiembre.2019.1572-1585

Sharma, R. S., Saxena, R., & Singh, R. (2018). Infertility & assisted reproduction: A historical & modern scientific perspective. *The Indian Journal of Medical Research*, 148(Suppl 1), 10-14. doi:10.4103/ijmr.IJMR_636_18

Sormunen, T., Karlgren, K., Aanesen, A., Fossum, B., & Westerbotn, M. (2020). The role of social media for persons affected by infertility. *BMC Women's Health*, 20(1), 112.

Infertility revisited: the state of the art today and tomorrow. The ESHRE Capri Workshop. European Society for Human Reproduction and Embryology. (1996). *Human reproduction (Oxford, England)*, 11(8), 1779–1807.

Tseng, Y., Cheng, H., Chen, Y., Yang, S., & Cheng, P. (2017). Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5133-5142.

Glatthorn, H. N., Sauer, M. V., Brandt, J. S., & Ananth, C. V. (2021). Infertility treatment and the risk of small for gestational age births: A population-based study in the United States. *F&S Reports*, 2(4), 413-420.

Umani Ronchi, F., & Napoletano, G. (2021). Uterus transplantation and the redefinition of core bioethics precepts. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 92(5), e2021435. doi:10.23750/abm.v92i5.12257

Vander Borght, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 4(1).

Vioreanu, A.-M. (2021). The Psychological Impact of Infertility. Directions for the Development of Interventions. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.32437/mhgcj.v4i1.113>

Zangeneh, F. Z., Muhammadnejad, S., Naghizadeh, M. M., Jafarabadi, M., Sarmast Shoushtari, M., & Masoumi, M. (2021). The first report of clonidine in vivo/in vitro effects on infertile women with polycystic ovary syndrome (in vivo/in vitro study). *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 1-9. doi:10.1080/01443615.2021.1963221

Zauner, G., & Girardi, G. (2020). Potential causes of male and female infertility in Qatar. *Journal of Reproductive Immunology*, 141, 103173. <https://doi.org/10.1016/j.jri.2020.103173>

ANEXOS

ANEXO 1: PÓSTER PROYECTO



¿Problemas de fertilidad?

TALLER DE DUELO Y ACOMPAÑAMIENTO A MUJERES Y PAREJAS CON PROBLEMAS DE ESTERILIDAD

GESTIÓN DE EMOCIONES

ALTERNATIVAS A LOS TRATAMIENTOS CLÍNICOS (ADOPCION, GESTACIÓN SUBROGADA)

Inscripción Gratuita
TALLERES IMPARTIDOS POR PROFESIONALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE Y SEVERO OCHOA

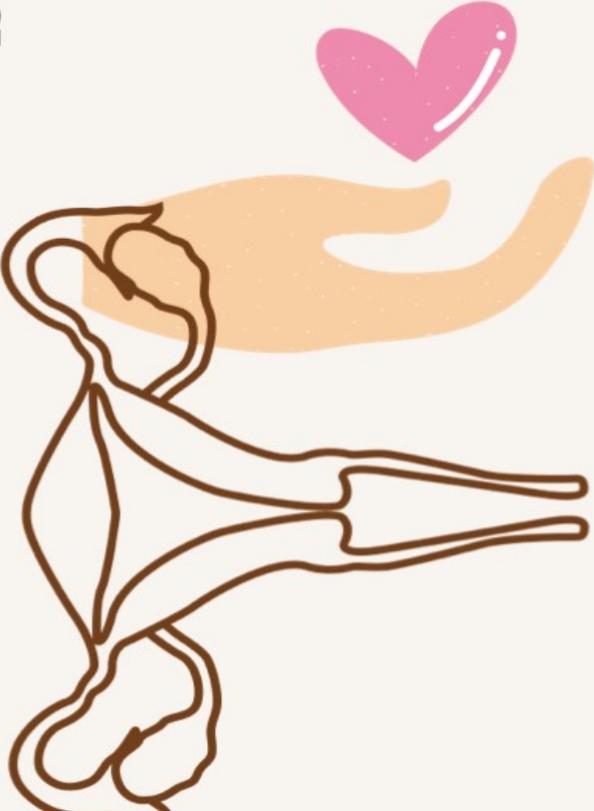
FECHAS; 2,4 Y 6 DE JUNIO
LUGAR: SALA DE ACTOS DEL HOSPITAL

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2: FLAYER/CARTEL INFORMATIVO CAPTACIÓN

¿Problemas de fertilidad?

TALLER DE DUELO Y ACOMPAÑAMIENTO A MUJERES Y PAREJAS CON PROBLEMAS DE ESTERILIDAD



TALLERES IMPARTIDOS POR PROFESIONALES ESPECIALIZADOS.
LUGAR: SALON DE ACTOS HOSPITAL DE GETAFE. *Inscripción Gratuita*

2 JUNIO:
COMPRENDE UN POCO MÁS
Presentación
Conceptos y causas de infertilidad
Hábitos saludables

4 JUNIO:
DEJATE AYUDAR EN GRUPO
Sentimientos durante el duelo
Apoyo grupal
Habilidades de afrontamiento

6 JUNIO:
UN NUEVO AMANECER
Busqueda de alternativas -no clínicas- (adopción, gestación subrogada)

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 3: FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A TALLERES

Nombre del participante	
Apellidos	
Edad	
Hospital al que pertenece	
¿Tiene hijos/as?	
En caso afirmativo, ¿cuántos/as?	
¿Tiene previsto asistir a las tres sesiones? Marque con una X	Solo a la primera () Sólo a la segunda () Sólo a la tercera () A las tres ()
Email de contacto	
Teléfono de contacto	

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 4: MATERIAL SESIÓN 2 (SENTIMIENTOS)

Power Point:

SENTIMIENTOS Y EMOCIONES ANTE LA INFERTILIDAD

- ANSIEDAD
- FRUSTRACIÓN
- RABIA
- DEPRESIÓN
- BAJA AUTOESTIMA

¿Cómo abordar esta situación?

- ▶ Ansiedad
- ▶ Frustración
- ▶ Rabia
- ▶ Depresión
- ▶ Baja autoestima

▶ Apoyo en la pareja

▶ Comunicación (amigos, familia...)

▶ Ayuda de un especialista

▶ Tiempo libre

▶ Ejercicio físico



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 5: MATERIAL SESIÓN 2 (FRASES INCOMPLETAS)

Dinámica grupal:

<i>FRASES INCOMPLETAS:</i>
- Me genera ansiedad.....
- Siento frustración ante la situación de.....
- Culpa por.....
- Baja autoestima desde.....
- Me apoyo en.....

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6: MATERIAL SESIÓN 3: BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS

¿Hay alternativas?

- ▶ Ya me sometí a un tratamiento de reproducción asistida sin éxito... ¿y ahora qué?
- ▶ TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS
 - ▶ Fecundación in vitro (FIV).
 - ▶ Inyección intracitoplasmática de espermatozoide.
 - ▶ Criopreservación de ovocitos y embriones.
 - ▶ Donación.
 - ▶ Vitrificación de tejidos reproductivos
- ▶ ADOPCIÓN
- ▶ GESTACIÓN SOBROGADA

¿Hay alternativas?

- ▶ ADOPCIÓN
 - ▶ Medida de protección a la infancia, que consiste en proporcionar una familia a niños o niñas que por distintas circunstancias no tienen o no pueden permanecer en una familia de origen.
 - ▶ Puede ser nacional/internacional.
 - ▶ En España, se encargan los Servicios Sociales.
 - ▶ Regulada por la Ley Orgánica 1/1996, Ley 54/2007 y Ley 26/2015..
- ▶ GESTACIÓN SUBROGADA
 - ▶ Consiste en la práctica mediante la cual una madre gestante, previo acuerdo con otra persona o pareja, accede a quedarse embarazada para gestar al hijo de otra pareja o persona.
 - ▶ En España, no es legal, pero puede realizarse en otros países.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 7: FORMULARIO DE SATISFACCIÓN

En primer lugar, responda a estos datos:

- Edad:
- Numero de sesiones asistidas:

En segundo lugar, Marque, del 0 al 5 – siendo 0 el mínimo, y 5 la máxima puntuación- con una X cada uno de los ítems siguientes.

¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!

EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE LOS PONENTES						
	0	1	2	3	4	5
<i>La duración de la primera sesión ha sido adecuada</i>						
<i>La duración de la sesión 2 ha sido adecuada</i>						
<i>La duración de la sesión 3 ha sido adecuada</i>						
<i>La duración global de las sesiones ha sido adecuada</i>						

<i>La planificación global ha sido adecuada.</i>						
<i>Los docentes han sido profesionales</i>						
<i>La metodología ha sido adecuada</i>						
<i>El material ha sido adecuado</i>						
<i>El contenido de los talleres ha cumplido con las expectativas</i>						
<i>Adecuación del aula</i>						
<i>Valoración global de la organización</i>						
<i>Valoración global del curso</i>						

AUTOEVALUACIÓN						
	0	1	2	3	4	5
<i>He adquirido habilidades para sobrellevar mejor la situación</i>						
<i>Estoy satisfecho/a con los talleres</i>						
<i>He tenido buen rendimiento</i>						
<i>He adquirido conocimiento sobre todas las alternativas médicas y no médicas existentes</i>						
<i>He podido expresar mis emociones y valorar la importancia de compartirlas</i>						

<i>Disminuir el sentimiento de culpa</i>						
<i>Empatizar con otros participantes que se encuentran en situación similar</i>						
<i>Evaluación global de mi percepción y motivación después del taller</i>						

Comentarios y sugerencias:

Fuente: Elaboración propia.