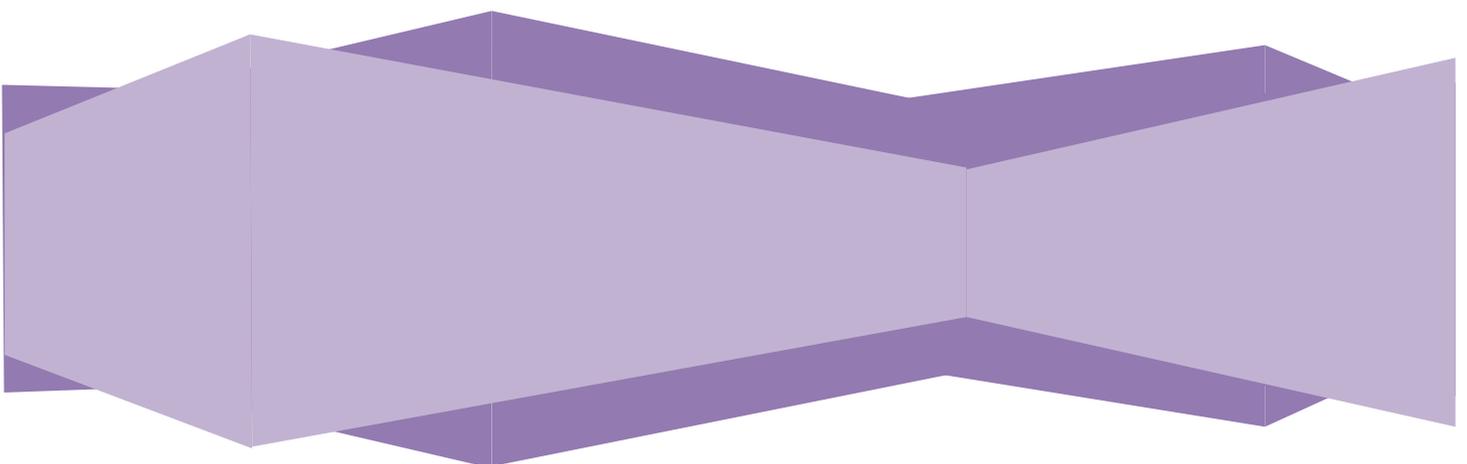


TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA HUMANA - APOYO PSICOLÓGICO Y CALIDAD ASISTENCIAL.

**Martín Iglesias, Sandra
Martín Navarro, María Isabel**

Tutor: Don José María Fidel Fernández Gómez, Departamento de Histología y Biología Celular.



ÍNDICE.

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	8
Material y métodos.....	9
Resultados.....	10
Discusión.....	13
Conclusiones.....	18
Bibliografía.....	19

Anexos.

RESUMEN.

OBJETIVOS.

Describir aspectos psicosociales implicados en las Técnicas de Reproducción Asistida Humana (TRA), en base a la satisfacción, apoyo psicológico e información recibidos por sus usuarias.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio transversal descriptivo de tipo encuesta-cuestionario. La encuesta se facilitó por foros de Internet consistentes en grupos de apoyo de usuarias de TRA. Se distinguió entre las usuarias de la Sanidad Pública, la Privada y un grupo mixto (si acudieron a ambos servicios). Las variables se presentan según su distribución de frecuencias. Mediante el test Chi-cuadrado de Pearson, se ha analizado la asociación de las variables cualitativas. Los datos han sido analizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.0 para Windows. El nivel de significación establecido fue de $p < 0,05$.

RESULTADOS.

Perfil de las participantes: 43% de las encuestadas tienen entre 36-40 años, 46% tienen estudios universitarios y un 20% no realizan actividades remuneradas. El 58% llevan usando TRA entre 1-2 años. Únicamente el 20% de ellas continúa más de 2 años. El factor de infertilidad más prevalente entre las parejas es el factor femenino (38,5%). El tipo de técnica más utilizada ha sido FIV (45,3%). Referente al grado de satisfacción con el procedimiento asistencial, el 67.5% consideran que éste ha sido bueno o muy bueno. El 64% está satisfecha con el grado de información recibida. El 82.1% considera que casi siempre o siempre entiende la información, pero el 44,4% necesita buscar más información después de la consulta. El 64.1% están satisfechas con el tiempo de consulta y un 59.8% con la disponibilidad de los profesionales sanitarios. El 45,3% no se ha sentido suficientemente apoyada por el personal sanitario y únicamente un 33% refiere la necesidad de apoyo psicológico durante el tratamiento. Un 53% están satisfechas con los resultados de las TRA. El 56% del grupo mixto considera la atención recibida en la práctica privada superior en calidad a la realizada en la sanidad pública.

CONCLUSIONES.

La asistencia integral a la pareja estéril debe incluir la evaluación y el apoyo psicológico profesional, que debiera ser ofrecido sistemáticamente en los Servicios de Reproducción Humana Asistida y cualquier miembro del equipo debería ser capaz de proporcionarlo. La satisfacción de la calidad asistencial está determinada en gran medida por la información que reciben los pacientes, por lo que habría que proporcionarla de manera clara, sin tecnicismos y adecuada; por personal sanitario debidamente cualificado, de cara a reducir el porcentaje de pacientes que acuden en busca de información a fuentes no sanitarias.

Palabras clave: Apoyo psicológico, Calidad asistencial, Reproducción Asistida Humana.

INTRODUCCIÓN.

Las Técnicas de Reproducción Asistida Humana son únicas dentro de las especialidades médicas, ya que ayudan a que se produzca el nacimiento de nuevos individuos. Los rápidos avances científicos hacen imprescindible una revisión y análisis de las actuaciones en este campo, bajo la perspectiva de la buena práctica clínica.

Cambios sociales y Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).

El rendimiento reproductivo de la especie humana es bueno, pues la humanidad no está en peligro de extinción, sino que vivimos en un mundo superpoblado. Pero la eficacia reproductiva de la especie humana no es muy buena: en comparación con otras especies animales, la probabilidad mensual de conseguir un embarazo mediante un único coito en los días fértiles es muy baja (alrededor del 20%). Además, existe una gran variabilidad en la capacidad reproductiva entre diferentes individuos, se estima que un 15% de las parejas en edad fértil tienen problemas reproductivos, alrededor de 50 millones de parejas en todo el mundo tienen dificultades para tener hijos.¹

La Organización Mundial de la Salud define la **esterilidad** como *la quiebra en el intento de conseguir un embarazo después de un año de relaciones sexuales regulares y sin métodos anticonceptivos o de barrera*. La esterilidad ha existido siempre, si bien actualmente y centrándonos únicamente en los países desarrollados, la situación ha empeorado en los últimos años debido a cambios importantes de carácter social. Desde mediados del siglo XX se ha experimentado una tendencia a retrasar la edad de la primera maternidad (actualmente superior a los 31 años) y el número de hijos por mujer es de 1,43, valor que ha experimentado un fuerte descenso, principalmente en los últimos 30-40 años, haciendo que el indicador coyuntural de fecundidad sea cada vez más bajo (sin llegar al valor de 2,1 hijos por mujer, que es la cifra que garantiza el reemplazo generacional). El retraso en la búsqueda del primer hijo tiene graves consecuencias, ya que los problemas de fertilidad aumentan con la edad. Pasados los 35 años es más difícil conseguir un embarazo, y el riesgo de cromosomopatías es más elevado.^{1,2}

El Registro Nacional de tratamientos de reproducción asistida en España presenta en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad un informe estadístico de reproducción asistida elaborado a partir de los datos recogidos de los 278 centros que realizan TRA, siendo la SEF (Sociedad Española de Fertilidad) la encargada de

gestionar este registro. En el último informe presentado en noviembre de 2016, como datos más relevantes se encuentran:

- Cifras de actividad: 156.865 ciclos de reproducción, lo que sitúa España a la cabeza de tratamientos de reproducción asistida en Europa. De los cuales 116.688 son de FIV (fecundación *in vitro*) y 40.177 de IA (inseminación artificial).
- En el año 2014 nacieron 33.934 bebés mediante estas técnicas.
- Los partos múltiples van en descenso con un 29.4% en FIV y un 11.5% en IA.
- La mayor franja de edad de las mujeres sometidas a estos tratamientos se encuentra entre los 35-39 años.
- La tasa de infertilidad en España se sitúa entre el 15-17%.³

En cuanto a los datos referentes a los partos múltiples (complicación indeseable de estas técnicas) se observa un notable descenso. Situándose la tasa actual en un 20.4%. El Single Embryo Transfer (SET), transferencia de embrión único, es un objetivo de la comunidad científica por lo que en los últimos años las investigaciones en el campo de la fertilidad buscan nuevos métodos de selección embrionaria que mejoren la tasa de implantación con la finalidad de no realizar transferencias de dos embriones. En España el máximo número de embriones a transferir por Ley es de 3, aunque la comunidad científica recomienda que como máximo sean 2. El 47% de los ciclos de FIV, con independencia de la procedencia de los óvulos, se ha realizado a pacientes de entre 35 y 39 años, siendo este el grupo mayoritario. Sin embargo, el 68% de las FIV con donación de óvulos se han hecho en pacientes mayores de 40 años. En cuanto a la IA, técnica en la que se requiere una buena calidad ovocitaria para que se produzca el embarazo, el 93,5% son ciclos de mujeres menores de 40 años y un 6,5% (2.627 inseminaciones) son ciclos en mayores de 40 años.³

En sus inicios, la Reproducción Asistida generó cierto rechazo en determinados sectores de la población y un importante debate social, pero actualmente está bien aceptada y ha devenido una práctica asistencial habitual. La aceptación o no de determinadas prácticas se ve claramente influida por aspectos sociales, éticos y religiosos, y, en muchas ocasiones, el tiempo y las tendencias cambiantes de la sociedad, hacen que varíe su grado de aceptación. La edad de los pacientes de FIV ha aumentado: la mediana de edad de las mujeres que se someten a estos procedimientos es de 37 años, y alrededor de un 40% tienen más de 40 años.¹ Otro de los aspectos sociales que han cambiado más es el perfil de las personas que recurren a los tratamientos de fertilidad. La sociedad actual ha experimentado un cambio importante al

incorporar nuevos modelos de familia, actualmente no todos los usuarios de las TRA son parejas tradicionales, sino que también recurren a estas técnicas mujeres sin pareja o parejas homosexuales femeninas. El hecho de que las parejas homosexuales masculinas no encuentren opciones reproductivas dentro de nuestro marco jurídico vigente conlleva el desplazamiento a otros países en busca de la donación de ovocitos y la subrogación uterina. Las TRA, al principio, se concibieron únicamente para solucionar problemas de esterilidad, actualmente se aplican también en otras circunstancias: como personas que quieren preservar su fertilidad o parejas con problemas genéticos que quieren evitar la transmisión de la enfermedad a su descendencia. Mediante la técnica del diagnóstico genético preimplantacional (DGP) se pueden biopsiar los embriones en el tercer o quinto día de desarrollo *in vitro* y seleccionar para transferir al útero materno los que están libres de la enfermedad, ayudando a muchas parejas con riesgo de transmitir a sus hijos enfermedades graves. La preservación de la fertilidad mediante la criopreservación de ovocitos en el caso de la mujer, o de espermatozoides en el caso del hombre, ha sido uno de los grandes avances de estos últimos años. Pacientes con endometriosis grave o enfermos oncológicos que deben someterse a quimioterapia o radioterapia, pueden guardar muestras congeladas en vapores de nitrógeno, a menos 196°C y, en un futuro, utilizarlas sin sufrir los efectos adversos del tratamiento.¹

Las TRA han mejorado mucho en los últimos de años, con tasas de éxito actualmente más elevadas. Se ha multiplicado por tres la tasa de embarazo de la FIV, técnica que se calcula que ya ha hecho posible que aproximadamente 5 millones de personas hayan nacido. Cuentan con mejores controles y son mucho más seguras. Los tratamientos son muy sencillos, y se ha conseguido reducir las hiperestimulaciones ováricas, fruto del tratamiento hormonal. También se han reducido sustancialmente los nacimientos múltiples, aunque este objetivo sigue vigente, ya que hay que seguir insistiendo en reducir las transferencias de más de un embrión y tender a la transferencia única para minimizar los riesgos perinatales. En los próximos años se prevé que las mejoras en el ámbito de la reproducción asistida seguirán encaminadas a proporcionar mejores resultados, calidad y seguridad de los tratamientos, al tiempo que se desarrollarán nuevas medidas preventivas y de asesoramiento preconcepcivo.⁴

Impacto de las TRA en la salud fetal: resumen de las evidencias científicas.

Las TRA se han llevado a cabo en más de 5 millones de personas en todo el mundo, y este número crecerá de forma importante en las próximas décadas, por lo que exista preocupación sobre si tienen un impacto en la salud de los fetos y niños. La

reproducción humana es un proceso muy complejo, centrándonos únicamente en el embarazo, para que tenga éxito son necesarios un conjunto de fenómenos biológicos que deben sincronizarse muy bien. Es necesario que los sistemas inmunológicos de la madre y el feto se reconozcan, para que la madre no rechace al feto. Los millones de pasos genéticos y moleculares que son necesarios para que se produzca la formación de un nuevo ser a partir de una sola célula deben funcionar perfectamente. Desde el desarrollo de la FIV, la biología celular de la reproducción ha sido bien descrita, pero los detalles moleculares, y en particular las proteínas receptoras implicadas en el reconocimiento de los gametos, han permanecido en la sombra. En 2005, el grupo de Masaru Okabe identificó una proteína de superficie en el espermatozoide, que reacciona junto con el acrosoma, y demostraron que los espermatozoides que carecían de este receptor no podían fusionarse con los óvulos normales (llamaron a esta proteína "Izumo", por un tipo de *santuario* matrimonial japonés).⁵ Hasta 9 años se tardó en identificar al *compañero* de Izumo, presente en el óvulo, debido a la complejidad de estas células, su poca disponibilidad y que las interacciones receptor-ligando extracelulares tienen una naturaleza transitoria. Usando técnicas diseñadas para detectar estas fugaces interacciones, se ha identificado al receptor de folato 4 (denominado así por su secuencia homóloga al receptor de folato, pero debido a que se demostró que era incapaz de unir folato, se sugirió renombrarlo "Juno", por la diosa romana del matrimonio y la fecundidad). Los óvulos deficientes en Juno no podían fusionarse con espermatozoides normales, probando que la interacción entre Izumo1 y Juno es esencial para la fertilización de los mamíferos. Así mismo, se empieza a creer que las vesículas que muestran Juno podrían actuar como agentes rápidos bloqueadores del esperma, reduciendo así la posibilidad de poliespermia, que genera ovocitos no viables. Sin embargo, este mecanismo para prevenir la poliespermia no es impecable, ya que su incidencia en mamíferos está entre el 1 y 2% y alrededor del 7% en la FIV humana. Aunque estos hallazgos pueden ser utilizados para mejorar los tratamientos de fertilidad asistida, el requisito esencial para la interacción Izumo1-Juno podría proporcionar nuevas oportunidades para el desarrollo de anticonceptivos no hormonales y/o más flexibles, algo que puede ser importante dado la rápida expansión de la población humana en un planeta de recursos finitos.⁶

Los mismos mecanismos que influyen en que se consiga la fecundación humana influyen también en la calidad del embrión, la forma en que se relaciona con los sistemas biológicos maternos y en la sincronización adecuada de todos los sistemas que comentábamos. También están la edad y la salud de la madre. Las mujeres que utilizan

TRA tienen una fertilidad subóptima, son de mayor edad, y por esta misma razón es más probable que hayan desarrollado alguna enfermedad crónica a lo largo de su vida.

Defectos fetales e impacto en las complicaciones de la gestación de las TRA.

En los últimos 10 años se han publicado diversos estudios con poblaciones muy amplias, que han valorado la asociación de las TRA con las malformaciones fetales. Existe evidencia concluyente de que estos embarazos se asocian con un incremento de entre el 20% y el 30% de riesgo, en comparación con la población general. Sin embargo, cuando las comparaciones se corrigen por los factores de riesgo (comparando las características de los embarazos de mujeres mediante TRA con otros de mujeres que tenían la misma edad y habían quedado embarazadas sin estas técnicas, pero tras un periodo de infertilidad), se puso de manifiesto que el riesgo de malformaciones fetales era exactamente el mismo. Lo que incrementaba el riesgo de malformaciones era la edad materna y la existencia de un período previo de infertilidad; haber utilizado o no TRA era irrelevante (hecho que se ha confirmado al menos en cuatro grandes estudios poblacionales con miles de pacientes). Con la evidencia científica disponible, utilizar TRA no incrementa el riesgo de malformaciones fetales. Un aspecto diferente es el de los embarazos gemelares: la utilización de TRA sí que aumenta su tasa, situación que se asocia con mayores riesgos de prematuridad, anomalías fetales y complicaciones maternas. La mejora notable que se ha producido en los últimos años en los protocolos ha permitido que, en especial los centros de calidad, consigan unos porcentajes cada vez más bajos de embarazos gemelares. Las comparaciones sin corregir demuestran que los embarazos procedentes de TRA tienen mayores porcentajes de prematuridad, diabetes, hipertensión y retraso del crecimiento, que se sitúan normalmente en riesgos relativos de 2 a 5 (un riesgo entre 2 y 5 veces mayor). Las comparaciones corregidas y comparadas con embarazos únicos de mujeres de las mismas características demuestran que los resultados no empeoran por haber utilizado estas técnicas, sino por dos factores fundamentales: *a)* la edad maternal y la infertilidad previa, y *b)* la mayor frecuencia de embarazo gemelar.^{1,7}

Impacto en la calidad de vida a largo plazo de los niños nacidos con TRA.

La **programación fetal** es *cualquier modificación que se produce en el funcionamiento normal del organismo con la exposición a un ambiente adverso durante la gestación*. En relación con el desarrollo neurológico, la calidad de la vida intrauterina es fundamental para permitir el crecimiento y desarrollo adecuados del cerebro. Existen una serie de factores de riesgo directos, que pueden producir por sí mismos una

alteración en el desarrollo cerebral normal, como el retraso del crecimiento intrauterino, la prematuridad, las malformaciones cardíacas, las infecciones o la exposición a sustancias (incluidas el tabaco y el alcohol) durante el embarazo. Por otra parte, existen factores indirectos que incrementan la probabilidad de alguno de los factores de riesgo directos, entre ellos: el embarazo múltiple, la edad o enfermedades crónicas maternas, la obesidad y las TRA.⁸ Los embarazos por estas técnicas, por el hecho de tener una frecuencia mayor de complicaciones, muestran un riesgo más elevado de secuelas neurológicas en los niños. En relación con la salud cardiovascular, estudios recientes relacionan también los embarazos por TRA con un discreto incremento en el riesgo cardiovascular de los niños. Así, es posible que muestren una discreta elevación de la presión arterial y algunas modificaciones en el corazón y las arterias que los predispongan a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares cuando sean adultos. Pero debe aclararse si, como en los casos anteriores, es consecuencia de las características de estas mujeres o del uso de las TRA directamente.^{1,8}

Cuando hablamos de un incremento de las complicaciones, nos referimos a problemas que ocurren en porcentajes muy bajos de las embarazadas, y que suelen ser leves o tratables, sin consecuencias graves. Por ejemplo, la frecuencia de defectos fetales diagnosticados intraútero puede pasar de un 2% a un 2,4%, o la tasa de retraso de crecimiento de un 5% a un 10%.¹ Como se puede ver, la mayoría de los embarazos transcurrirá de forma satisfactoria. Es importante poner a disposición de las parejas toda esta información, debe recordárseles que, en las mejores circunstancias biológicas de edad y salud materna, un embarazo no tiene nunca el éxito garantizado. Quedar embarazada por TRA tiene unas implicaciones que deben conocer, pero: el uso de estas técnicas no empeorará las perspectivas que tendría la pareja en caso de quedar embarazada de forma espontánea, y, en la mayoría de los casos, un embarazo por reproducción asistida tendrá los mismos resultados que un embarazo espontáneo.⁷

OBJETIVOS.

El objetivo principal de nuestro trabajo consiste en describir aspectos psicosociales implicados en las Técnicas de Reproducción Asistida Humana, como la satisfacción, las fuentes de información que utilizan las usuarias y la importancia del apoyo psicológico en estos procedimientos. En este trabajo no se pretende realizar una descripción detallada de los procedimientos de reproducción asistida, sino orientar a los profesionales teniendo en cuenta la opinión de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio transversal descriptivo de tipo encuesta-cuestionario (**ver Anexo I**). Planteamiento de objetivos y preparación del instrumento de recogida de información: elaboración de encuesta de tipo cuestionario. Para ello hemos seguido los siguientes pasos: definición de los objetivos del cuestionario, planificación del cuestionario, elaboración y selección de las preguntas. Las variables del estudio han sido: edad, nivel de estudios, profesión, duración del tratamiento, etiología de la infertilidad, técnicas recibidas, grado de satisfacción con la calidad asistencial, con la información recibida por el personal sanitario, el nivel de comprensión de dicha información, necesidad de apoyo psicológico, grado de satisfacción el apoyo psicológico recibido y con los resultados obtenidos con las TRA.

Planificación del muestreo: una vez diseñada la encuesta, la hemos distribuido por foros de internet, consistentes en grupos de apoyo, cuyos miembros son usuarias de TRA en el territorio nacional, tanto a nivel público, como privado o ambos. Se distinguió entre las usuarias de la Sanidad Pública, la Privada y un grupo mixto para las que acudieron a ambos servicios. La participación ha sido de forma anónima. Recogida de datos: hemos facilitado la encuesta a las usuarias de los foros, obteniendo un tamaño muestral de 117 encuestadas.

Análisis estadístico e interpretación de los datos: las variables se presentan según su distribución de frecuencias. Mediante el test Chi-cuadrado de Pearson, se ha analizado la asociación de las variables cualitativas. En el caso de que el número de celdas con valores esperados menores de 5 ha sido mayor de un 20%, se ha utilizado el el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías. Los datos han sido analizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.0 para Windows. Aquellos valores de $p < 0,05$ serán considerados estadísticamente significativos.

Limitaciones: sesgo cultural y sesgo de contexto: la difusión de la encuesta ha sido únicamente a través de foros, por lo que no se han evaluado otros perfiles de usuarias que no frecuenten estos medios.

Para la búsqueda de estudios sobre las TRA se recurrió a diversas fuentes de información. Las principales bases de datos fueron MEDLINE (PubMed) y UpToDate. Se localizaron y seleccionaron aquellas publicaciones que estuvieran relacionadas con el tema del trabajo, introduciendo las siguientes palabras clave individualmente o de forma

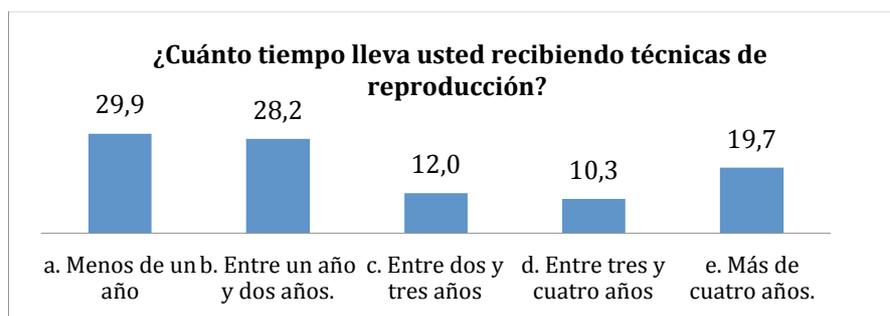
combinada: “Sterility”, “Fertilization”, “Psychological Support”, “Izumo1”, “Juno”, “Humans”, “Fertilization in Vitro”, “Pregnancy”, “Female”, “Comparative”, “Counselling”, “Quality”, “Anxiety”, “Stress”. Los artículos que estaban restringidos para su uso público fueron facilitados completos por la biblioteca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y del Hospital Universitario Río Hortega. También se ha empleado la documentación de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).

RESULTADOS.

Para consultar todos los resultados de la encuesta realizada: **ver Anexo II.**

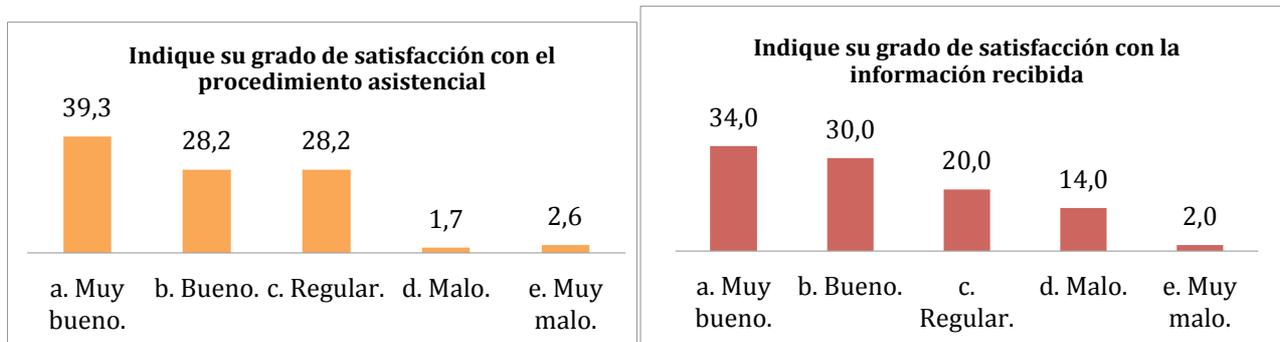
Perfil de los participantes: la edad es muy variada, situándose el porcentaje más alto en el grupo que comprende las edades entre los 36-40 años, suponiendo un 43% (50) de las encuestadas. En cuanto al nivel educativo el 46% (54) de ellas tienen estudios universitarios. Lo que concuerda con el perfil actual de las usuarias de TRA, debido a la disonancia entre la edad cronológica y biológica de las mujeres en la actualidad por el desarrollo e implicación de la mujer en el ámbito laboral y cambio de las expectativas sociales. Un 20% (23) de las encuestadas no realizan actividades remuneradas.

En cuanto al tiempo que llevan recibiendo estas técnicas el 58.1% (68) de ellas llevan entre 1 y 2 años. Siendo el porcentaje de las que continúan durante más de cuatro años del 19% (23).



El factor de infertilidad más frecuente entre las encuestadas ha sido el femenino, con un 38.5% (45), probablemente en relación con la edad de las mismas. En cuanto al tipo de técnica utilizada el 26.5% (31) han sido sometidas a FIV e IA, considerándolas de forma aislada el porcentaje de pacientes que recibe FIV, un 45.3%(53) es muy superior a las que reciben únicamente IA (inseminación artificial) que corresponde al 16.2% (19) de las encuestadas.

Referente a su grado de satisfacción con el procedimiento asistencial el 39.3% considera que es muy bueno y el 67.5% (79) consideran que ha sido muy bueno-bueno. A nivel de la información recibida el 64% (64) considera un grado de satisfacción muy bueno-bueno. Tras realizar el contraste de Chi-cuadrado al obtener una $p < 0.05$ ($p = 0.039$), concluimos que hay diferencias significativas en cuanto al nivel de información recibida entre las diferentes usuarias de TRA (pública, privada y grupo mixto).



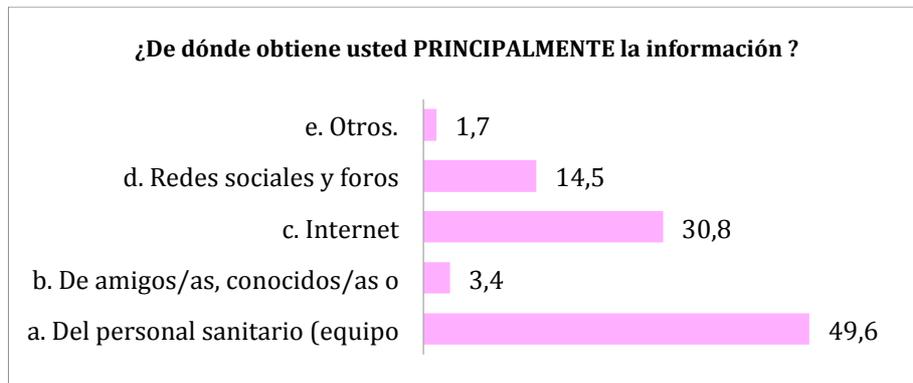
El 53.5% (63) de las encuestadas considera que siempre entiende la información recibida. Un 82.1% (96) entienden casi siempre o siempre la información recibida. Aunque habitualmente un 44.4% (52) de ellas necesita buscar información, de ellas el 49.6% (58) lo obtiene de personal sanitario y un 45.3% (53) de ellas en internet, redes sociales y foros.

¿Entiende la información recibida por el personal sanitario?

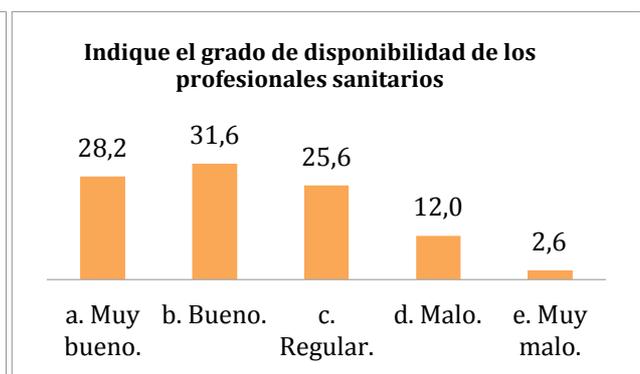
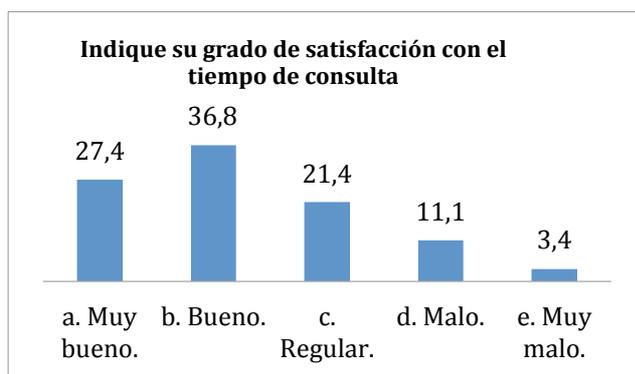
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
a. Siempre	63	53,8
b. Casi siempre	33	28,2
c. A veces	17	14,5
d. Casi nunca	3	2,6
e. Nunca	1	,9
Total	117	100,0

¿Necesita usted buscar más información acerca de los procesos?

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
a. Siempre	29	24,8
b. Casi siempre	23	19,7
c. A veces	33	28,2
d. Casi nunca	23	19,7
e. Nunca	9	7,7
Total	117	100,0

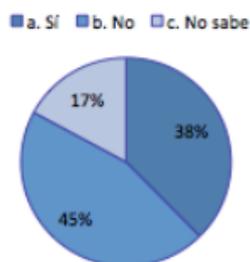


El 64.1% (75) están satisfechas con el tiempo de consulta y un 59.8% (70) con la disponibilidad de los profesionales sanitarios.

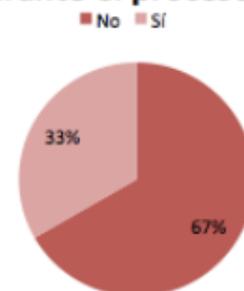


A nivel del apoyo psicológico un 45.3% (53) no se ha sentido apoyada por los profesionales sanitarios y únicamente un 33% (39) refiere la necesidad de apoyo psicológico durante el tratamiento.

¿Se siente usted apoyada psicológicamente por los profesionales sanitarios?



¿Ha necesitado usted apoyo psicológico durante el proceso?



Un 53% (62) considera que el grado de satisfacción con el resultado de las TRA ha sido bueno o muy bueno. Entendido como el éxito de las mismas conseguir una gestación.

Indique su grado de satisfacción con los resultados obtenidos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	a. Muy bueno.	38	32,5
	b. Bueno.	24	20,5
	c. Regular.	26	22,2
	d. Malo.	26	22,2
	e. Muy malo.	3	2,6
	Total	117	100,0

Un 56% (43) de las encuestadas considera que la atención recibida en la práctica privada es superior en calidad a la realizada en la sanidad pública.



DISCUSIÓN.

Los resultados de nuestra encuesta son concluyentes con el estado de conocimiento actual y con resultados de otros estudios consultados que citaremos más adelante. En este apartado, analizamos desde la perspectiva psicológica el impacto que estas técnicas tienen en los pacientes que se someten a ellas, con especial referencia a la necesidad de atender a las dificultades sociales y emocionales con objetivo de mejorar la calidad asistencial y los resultados de las TRA. En la actualidad se disponen de pocos estudios sobre los beneficios de los tratamientos psicológicos en las personas estériles: únicamente 29 estudios en 34 años de uso de estas técnicas han tenido como objetivo evaluar la eficacia de la intervención psicológica en la esterilidad.⁹ A pesar de ellos se tienen unos objetivos básicos que deberían ser el modelo de referencia para la asistencia a estos pacientes, que se basa en la educación del paciente en estrategias de afrontamiento o manejo de la ansiedad, para que no se vea tan afectado desde el punto de vista anímico y tenga una mejor calidad de vida durante el tratamiento. Para conseguirlo es fundamental ofrecer la información adecuada al paciente y ayudarle en el proceso de asimilación. Los factores psicosociales influyen en el deseo de tener

descendencia, si este deseo se ve frustrado, presentándose un problema de infertilidad, puede suponer la aparición de sentimientos de dolor y sufrimiento.¹⁰

Una de las **dificultades que con más frecuencia refieren estos pacientes es la de obtener información verídica sobre las técnicas de reproducción asistida (TRA)**; la gran mayoría de pacientes desconocen el proceso médico, sus ventajas e inconvenientes, los porcentajes de éxito y fracaso, así como el desgaste psicológico que acompaña al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. El estrés derivado de la infertilidad y de los tratamientos médicos afecta a cada uno de los implicados de forma individual y a la vez a la relación interna de la pareja. Esta experiencia lleva a una sensación de ambigüedad en la relación y en la estructura familiar, aumentando los niveles de ansiedad, culpa, somatización y depresión. El apoyo, la satisfacción y la comunicación de la pareja se ven afectados y se generan cambios importantes en las relaciones sexuales y en las sociales.¹⁰ Por otro lado las TRA suponen una fuente de estrés muy elevada en sí mismas, al ser un muy invasivas y por el alto gasto de tiempo y económico que conllevan.

La reacción y la adaptación a la situación van a depender en gran medida de los recursos adaptativos que tenga la persona y del apoyo emocional que reciba. El **trastorno mental más frecuente entre estos pacientes es el adaptativo**, caracterizado por la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor externo identificable. Este tipo de trastornos a pesar de generar un alto grado de malestar no impiden que la persona siga con sus funciones habituales. En las pacientes sometidas a estas técnicas las relaciones de pareja, sociales y familiares y la capacidad de disfrutar del tiempo libre son los ámbitos de su vida que más se ven afectados, llegando incluso a presentar síntomas somáticos tales como insomnio, anorexia y disminución de la libido.¹¹

Otros trastornos que aparecen en menor frecuencia son los trastornos depresivos, ansiedad (obsesividad), somatomorfos y sexuales. Los psicóticos son excepcionales. Este tipo de complicaciones psicológicas asociadas a TRA son más frecuente en pacientes con antecedentes psiquiátricos, por lo cual se considera de gran importancia prestar especial atención a pacientes con psicopatología previa.¹² Los factores de riesgo para desarrollar estos trastornos se pueden consultar en el **Anexo III**.

En la actualidad se dispone de varios cuestionarios para detectar psicopatología (*Hospital Anxiety and Depression Scale In Vitro Screening*) (**ver Anexo IV**) y otros orientados a la calidad de vida de estos pacientes (*FertilQoI*) (**ver Anexo V**). A la hora de realizar estas pruebas la información que se dé a los pacientes debe dirigirse a clarificar que el conocimiento sobre salud mental es algo básico para el conocimiento de su

estado anímico, importante para su tratamiento y asegurarle que se le informará de los resultados y que dispondrá de apoyo psicológico en caso de ser necesario.

Las actuales directrices que rigen los centros de reproducción asistida en Europa hacen especial énfasis en que las parejas perciban también la calidad asistencial a través del cuidado social y anímico atendiendo al ser humano en su conjunto y no desde una perspectiva únicamente física. Se considera imprescindible la participación de todos los miembros del equipo terapéutico con el fin de crear un ambiente positivo centrado en el bienestar del paciente. Este *counselling* se establece a través del consejo individualizado y ajustado ante las posibles dificultades sociales y emocionales que se presenten durante el tratamiento.¹⁰

Para que esta asistencia sea óptima se debe proporcionar una información más realista de las TRA y que sea proporcionada por profesional sanitario debidamente cualificado y no por medios de comunicación y amigos, además se recomienda que esa información esté a disposición del paciente desde el principio, lo que se traduce en que el médico de atención primaria o en su defecto en la primera visita a la unidad de reproducción. A la hora de informar no se debe olvidar el deseo de ser informado del paciente, ya que es un derecho fundamental del paciente. Está demostrado que una buena relación médico-paciente se basa en la comunicación, y, ésta, debe incluir una correcta información y resolución de todas las dudas que le surjan a los pacientes. Una relación clínica de calidad aumenta la eficacia en la detección y resolución de problemas clínicos, la satisfacción con la atención recibida y la adherencia al tratamiento. En resumen, las relaciones profesionales con los pacientes, basadas en una participación activa en la toma de decisiones, genera una mayor satisfacción y mejores resultados clínicos.¹³

La SEF considera que la psicología y sus profesionales son uno de los colectivos que está alcanzando mayor relevancia en las TRA, así como el enfoque psicológico de la esterilidad es una entidad y un servicio importantísimo que se debe ofrecer a los pacientes. Aproximadamente entre el 25-60% de los pacientes sometidos a TRA presentan en algún momento síntomas de psicopatología. El estrés factor que afecta negativamente en la capacidad reproductiva del ser humano, atribuible al 5% de los problemas de esterilidad de causa desconocida.¹⁰

El Grupo de Psicología y “*Counselling*” de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), publicó unas Guías para el Apoyo Psicológico en Infertilidad¹⁴ en las que se recomienda atender las necesidades psico-sociales y emocionales de los pacientes además de los procedimientos médicos necesarios, distinguiendo dos tipos de intervención:

- Cuidado centrado en el paciente, que se refiere al apoyo emocional o consejo, que cualquier miembro del equipo de reproducción asistida debiera proporcionar mediante su comprensión y apoyo ante los eventos estresantes.
- La ayuda psicológica profesional que debe ser realizada por un profesional de Salud Mental, y que debería ser ofrecida sistemáticamente en los Servicios de Reproducción Humana Asistida.

Para poder dispensar esta intervención psicológica los profesionales sanitarios implicados requieren una formación en consejo, así como una formación en conocimiento profundo sobre los aspectos psicosociales y físicos de la infertilidad. El **Counselling** (*Terapia psicológica*) consiste en:

- La responsabilidad principal del médico es dar suficiente información sobre los aspectos médicos del tratamiento. Este *counselling* de implicaciones debería estar centrado en el significado específico de cualquier información que se le dé al individuo, asegurando la comprensión de la misma y enfatizando en las consecuencias de la toma de decisiones. Este primer paso es básico.
- *Counselling de apoyo*: pretende dar apoyo a las personas que experimentan distrés. Este apoyo debe centrarse específicamente en los recursos del paciente para afrontar el estrés emocional y físico así como en elaborar estrategias nuevas de afrontamiento ante situaciones estresantes.
- *Counselling terapéutico o intervención psicológica*. El tratamiento psicológico propuesto se basa en “**Terapia cognitivo conductuales**” que enseñen estrategias de afrontamiento adecuadas a cada fase del proceso. Esta intervención psicológica en base a los datos de los que se dispone en la actualidad debería ir dirigida a cubrir al menos dos objetivos fundamentales: la disminución del estrés asociado a la infertilidad y su tratamiento y la colaboración en la consecución de la gestación.¹⁰

En España el apoyo psicológico realizado se lleva a cabo por enfermeras, médicos y biólogos de los Servicios de Reproducción Asistida, dado que el grupo de expertos de la ESHRE recomiendan que este apoyo sea llevado a cabo por profesionales debidamente formados y todo ello supervisado por un profesional de Salud Mental o de psicología, se pone de manifiesto que es necesario un cambio en los servicios de TRA tomando como modelo los países en los que ya han incorporado a los Servicios de Reproducción Humana asistida la figura del consejero experto en infertilidad.^{10,14}

Los estudios llevados a cabo en la actualidad avalan que las parejas que acuden a terapia realizan más ciclos de tratamiento que los que no reciben ayuda psicológica durante el proceso. Sin embargo la evidencia de que el porcentaje de embarazos sea mayor después de una intervención de este tipo no es concluyente; probablemente esto se deba a que los grupos de control no eran homogéneos. Los efectos observados podrían deberse a efectos indirectos de la terapia, como una mayor adherencia al tratamiento y el ya mencionado número superior de ciclos, más que a una relación directa entre la reducción del estrés emocional y los sistemas biológicos responsables del embarazo.^{9,10} Por tanto existe la posibilidad de que el impacto emocional sobre la esterilidad sea minimizado, reduciéndose el abordaje terapéutico a una única perspectiva médica o biológica.

ESTUDIO PSICOLÓGICO DE LA PAREJA

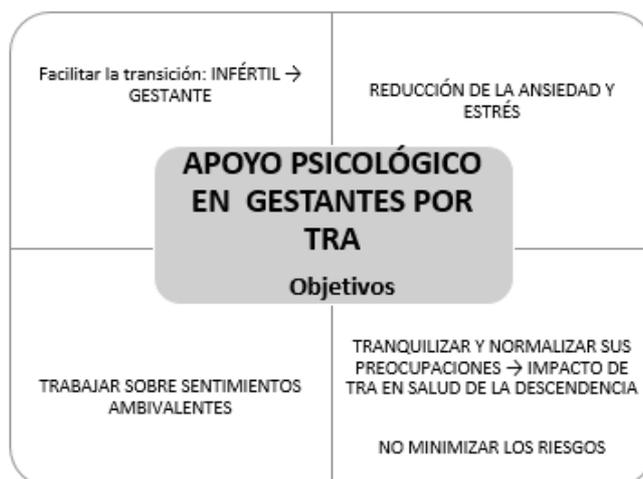
Según el *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*⁽¹⁰⁾:

La pareja debe ser informada de que el estrés puede contribuir negativamente en su fertilidad al reducir la libido y la frecuencia de sus relaciones sexuales.	C
El apoyo psicológico debería ser ofrecido a todas las parejas que afrontan una esterilidad, ya que tanto su situación inicial como las pruebas a que son sometidos y los fracasos inherentes a las mismas pueden agravarles su estrés.	C
El apoyo psicológico puede hacerse en cualquier momento, independientemente del resultado de los procedimientos, y por profesionales que no estén implicados directamente en el tratamiento médico.	RSAA

Para concluir decir que el apoyo psicológico no debería limitarse al periodo de tratamiento, es fundamental su continuidad durante el embarazo, ya que aunque sea considerado un éxito, las pacientes desarrollan conductas ansiosas, depresivas y paranoicas, lo cual les impide disfrutar del deseado embarazo así como les genera un estrés y ansiedad creciente.¹⁵ Por otra parte es de vital importancia a la hora de dar por finalizado las TRA, por fracaso de las mismas, ya que les supone una crisis existencial con fuertes reacciones emocionales.

El momento en el que el resultado de las TRA es un éxito es para muchas pacientes un momento difícil por el miedo a perder el embarazo o a que se presenten problemas. Este estrés y ansiedad, avalado por la experiencia clínica, es de mucha intensidad en embarazos de TRA, más acusada aún si ha habido abortos previos. Presentan dos tipos de reacciones: rechazo hacia el embarazo y preocupación extrema y enfermiza ante cada acontecimiento fisiológico normal del embarazo. Es importante recalcar que la información que se proporciona acerca de la tecnología de las TRA y el proceso del tratamiento incluya también información de las prestaciones que existen en

cuanto a apoyo psicológico, ya que muchas parejas desconocen su existencia.¹⁶ Desconocer su existencia, junto con el estigma social que hay en torno a la esterilidad y los trastornos mentales, pueden ser las causas por las que pocas parejas acuden a estos servicios de apoyo psicológico, y por tanto no disfrutan de sus beneficios.



CONCLUSIONES.

- ❖ La asistencia integral a la pareja estéril debe incluir la evaluación y el apoyo psicológico desde el mismo momento en que ésta tiene conocimiento de su infertilidad.
- ❖ La ayuda psicológica profesional debiera ser ofrecida sistemáticamente en los Servicios de Reproducción Humana Asistida y cualquier miembro del equipo debería ser capaz de proporcionarla. Así mismo, mediante la detección y tratamiento de las personas de riesgo psicopatológico, se evitarían ciclos de tratamiento que tuvieran pocas probabilidades de éxito y a consecuencia de ellos se incrementarían los porcentajes de embarazo en TRA.
- ❖ La satisfacción de la calidad asistencial percibida en los Servicios de Reproducción Asistida está determinada en gran medida por la información que reciben los pacientes, por lo que habría que proporcionar información de manera clara, sin tecnicismos y adecuada a las necesidades, fase del tratamiento y deseo de conocer del paciente. Esto debe ser realizado siempre por personal sanitario debidamente cualificado, así como favorecer la accesibilidad a información veraz ofrecida por profesionales y la disponibilidad de los mismos para la resolución de las dudas que puedan surgir, todo ello de cara a reducir el porcentaje de pacientes que acuden en busca de información a fuentes no sanitarias y mejorar la adherencia al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Camps V, Veiga A, Barri PN, Pennings G, Boada M, Stolcke V, *et al.* Treinta años de técnicas de reproducción asistida. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas. Cambios sociales y técnicas de reproducción asistida. Nº 35. Barcelona, 2015. P: 48-62.
2. Matorras R, Hernández J (eds): Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción. Adalia, Madrid, 2007. P: 3-5.
3. Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2014. Registro Nacional de tratamientos de reproducción asistida en España 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet] [Fecha última actualización: 8 de noviembre de 2016] Disponible en:
<http://www.cnrha.msssi.gob.es/registros/actividades.htm>
4. Mourad S, Brown J, Farquhar C. Interventions for the prevention of OHSS in ART cycles: an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 23;1:CD012103. doi: 10.1002/14651858.CD012103.pub2.
5. Inoue N, *et al.* *Nature* 2005; 434:234-8; PMID:15759005; Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1038/nature03362>
6. Bianchi E, *et al.* Izumo meets Juno. *Cell Cycle*, 13:13, 2019-2020, DOI: 10.4161/cc.29461.
7. Zhao Y, *et al.* In vitro fertilization: Four decades of reflections and promises *Biochimica et Biophysica Acta* 1810 (2011) P: 843–852.
8. Sabatini ME, *et al.* Evaluation and management of infertility in women of advancing age. In: UpToDate ® Section Editor: Barbieri RL. Literature review current through: Mar 2017. | This topic last updated: Apr 21, 2017.
9. Camps V, Veiga A, Barri PN, Pennings G, Boada M, Guerra D, *et al.* Treinta años de técnicas de reproducción asistida. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas. Aspectos Psicosociales. Nº 35. Barcelona, 2015. P: 112-124.
10. Moreno A, Guerra Díaz D, Baccio G, Giménez Molla V, Dolz Del Castellar Pareja P, Tirado Carrillo MM, Gutiérrez Herrera K, Gil Rabanaque M. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida, Grupo de Interés en Psicología de Sociedad Española de Fertilidad. *Revista Iberoamericana de Fertilidad.* P: 5-45

11. Antequera R, Moreno-Rosset C, Genaro C, Ávila A. Principales Trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29, 2008. N°2 P: 167-175.
12. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med*, 57, 2003, N°11. P: 2325-2340.
13. Cegala DJ, McClure L, Marinelli TM, Post DM. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient Educ Couns*. 2000; 41:209-222.
14. Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, Daniels KR, Darwish J, Guerra-Díaz D, Hammar M, McWhinnie AM, Strauss B, Thorn P, Wischmann T, Kertenich H; European Society of Human Reproduction and Embryology. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001; 16: 1301-4.
15. Hjelmstedt A, Widstrom AM, Wramsby H, Collins A. Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2004; 81: 1254-64.
16. Boivin J, Scanlan L, Walker SM. Why are infertile couples not using psychosocial counselling?. *Human Reproduction*, 14, 1999, N°5. P:1834-1391.

ANEXOS.

ANEXO I: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD ASISTENCIAL EN TRA (EN BASE AL APOYO PSICOLÓGICO Y LA INFORMACIÓN SANITARIA RECIBIDOS).

1. **Indique su edad:**
 - a. Entre 20 y 25.
 - b. Entre 26 y 30.
 - c. Entre 31 y 35.
 - d. Entre 36 y 40.
 - e. Más de 40.
2. **Indique su nivel de estudios:**
 - a. E.S.O.
 - b. Bachillerato/Formación Profesional.
 - c. Estudios Superiores/Universitarios.
 - d. Ninguno.
3. **Indique su profesión:**
 - a. Funcionario del Estado.
 - b. Trabajador para empresa privada.
 - c. Autónomo.
 - d. Estudiante.
 - e. No trabajo y/o en paro.
4. **Indique la ciudad en la que recibe el tratamiento de fertilidad: _____.**
5. **¿Cuánto tiempo lleva usted recibiendo técnicas de reproducción asistida humana?:**
 - a. Menos de un año.
 - b. Entre un año y dos años.
 - c. Entre dos y tres años.
 - d. Entre tres y cuatro años.
 - e. Más de cuatro años.
6. **¿Cuál es el origen del factor de infertilidad en su situación?**
 - a. Mujer.
 - b. Varón.
 - c. Mixto.
 - d. Desconocido.
 - e. Otros (madre soltera, pareja homosexual, etc).
7. **Indique la técnica que ha recibido en el proceso:**
 - a. Fecundación *in vitro*.
 - b. Inseminación artificial.
 - c. Ambas.
 - d. Otras (incluyendo en combinación con las anteriores).
8. **Indique su grado de satisfacción con el procedimiento asistencial y las técnicas médicas empleadas:**
 - a. Muy bueno.
 - b. Bueno.
 - c. Regular.
 - d. Malo.
 - e. Muy malo.
9. **Indique su grado de satisfacción con la información recibida por el personal sanitario que la atiende:**
 - a. Muy bueno.
 - b. Bueno.
 - c. Regular.
 - d. Malo.
 - e. Muy malo.
10. **¿Entiende la información recibida por el personal sanitario?**
 - a. Siempre.
 - b. Casi siempre.
 - c. A veces.
 - d. Casi nunca.
 - e. Nunca.
11. **¿Necesita usted buscar más información acerca de los procedimientos al salir de la consulta?**
 - a. Siempre.
 - b. Casi siempre.
 - c. A veces.
 - d. Casi nunca.
 - e. Nunca.
12. **¿De dónde obtiene usted principalmente la información del procedimiento?**
 - a. Del personal sanitario (equipo médico y enfermería).
 - b. De amigos/as, conocidos/as o familiares.
 - c. Internet.
 - d. Redes sociales y foros.
 - e. Otros.
13. **Indique su grado de satisfacción con el tiempo de consulta que le dedican:**
 - a. Muy bueno.
 - b. Bueno.
 - c. Regular.
 - d. Malo.
 - e. Muy malo.
14. **Indique el grado de disponibilidad de los profesionales sanitarios para resolver sus dudas:**
 - a. Muy bueno.
 - b. Bueno.
 - c. Regular.
 - d. Malo.
 - e. Muy malo.
15. **¿Se siente usted apoyada psicológicamente por los profesionales sanitarios que la atienden?**
 - a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sé.
16. **¿Ha necesitado usted apoyo psicológico durante el proceso?**
 - a. Sí.
 - b. No.
17. **Indique su grado de satisfacción con los resultados obtenidos:**
 - a. Muy bueno.
 - b. Bueno.
 - c. Regular.
 - d. Malo.
 - e. Muy malo.
18. **Usted considera que el trato humano recibido es mejor en la Sanidad Pública o en la Privada? (Pregunta dirigida a la usuarias de ambos sistemas sanitarios).**
 - a. Pública.
 - b. Privada.
 - c. Ambas son iguales.
 - d. No lo sé.

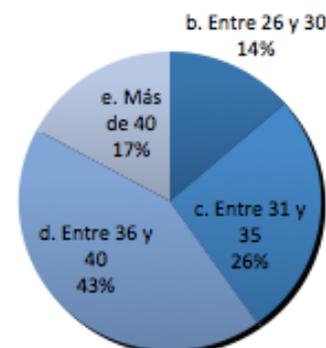
MUCHAS GRACIAS POR SUS RESPUESTAS.

ANEXO II: TABLAS DE FRECUENCIAS Y GRÁFICOS DE LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Indique su edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos b. Entre 26 y 30	16	13,7	13,7	13,7
c. Entre 31 y 35	31	26,5	26,5	40,2
d. Entre 36 y 40	50	42,7	42,7	82,9
e. Más de 40	20	17,1	17,1	100,0
Total	117	100,0	100,0	

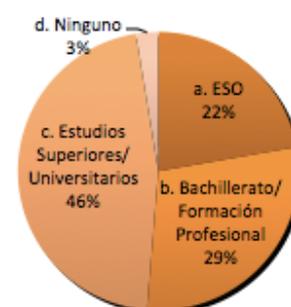
Distribución etaria de las encuestadas



Indique su nivel de estudios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a. ESO	26	22,2	22,2	22,2
b. Bachillerato/Formación Profesional	34	29,1	29,1	51,3
c. Estudios Superiores/Universitarios	54	46,2	46,2	97,4
d. Ninguno	3	2,6	2,6	100,0
Total	117	100,0	100,0	

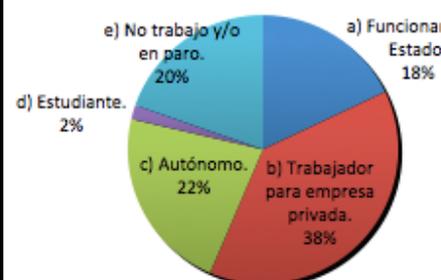
Nivel educativo y formativo de las encuestadas



Indique su profesión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a) Funcionario del Estado.	21	17,9	17,9	17,9
b) Trabajador para empresa privada.	45	38,5	38,5	56,4
c) Autónomo.	26	22,2	22,2	78,6
d) Estudiante.	2	1,7	1,7	80,3
e) No trabajo y/o en paro.	23	19,7	19,7	100,0
Total	117	100,0	100,0	

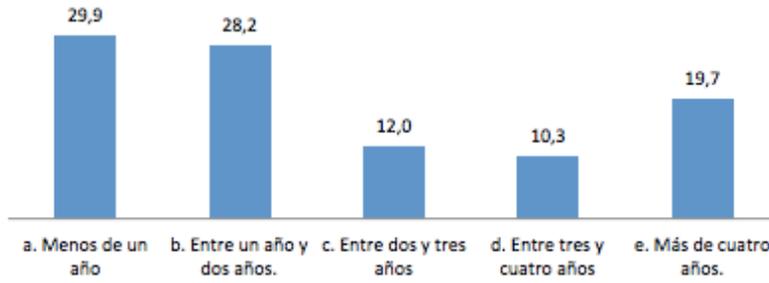
Distribución profesional de las encuestadas



¿Cuánto tiempo lleva usted recibiendo técnicas de reproducción?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a. Menos de un año	35	29,9	29,9	29,9
b. Entre un año y dos años.	33	28,2	28,2	58,1
c. Entre dos y tres años	14	12,0	12,0	70,1
d. Entre tres y cuatro años	12	10,3	10,3	80,3
e. Más de cuatro años.	23	19,7	19,7	100,0
Total	117	100,0	100,0	

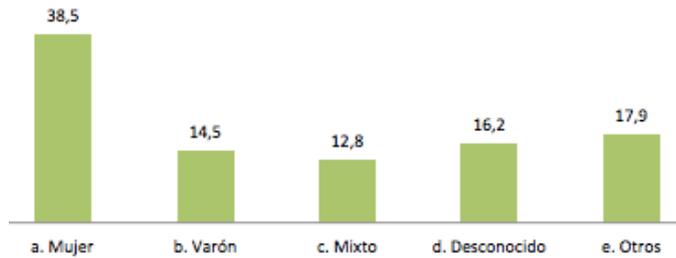
¿Cuánto tiempo lleva usted recibiendo técnicas de reproducción?



¿Cuál es el origen del factor de infertilidad en su situación?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
a. Mujer	45	38,5	38,5	38,5
b. Varón	17	14,5	14,5	53,0
c. Mixto	15	12,8	12,8	65,8
d. Desconocido	19	16,2	16,2	82,1
e. Otros	21	17,9	17,9	100,0
Total	117	100,0	100,0	

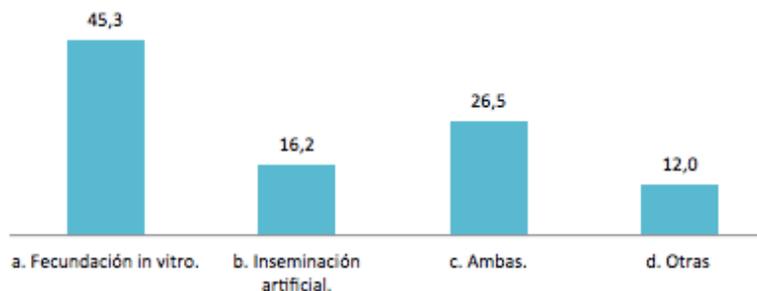
¿Cuál es el origen del factor de infertilidad en su situación?



Indique la técnica que ha recibido en el proceso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
a. Fecundación in vitro.	53	45,3	45,3	45,3
b. Inseminación artificial.	19	16,2	16,2	61,5
c. Ambas.	31	26,5	26,5	88,0
d. Otras	14	12,0	12,0	100,0
Total	117	100,0	100,0	

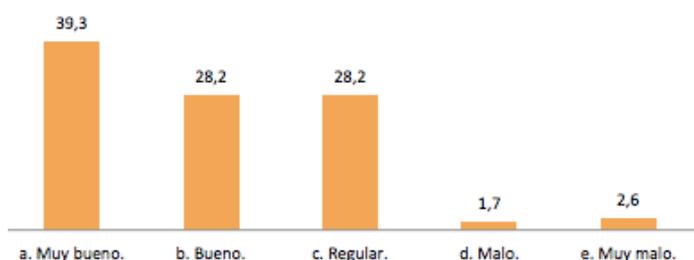
Indique la técnica que ha recibido en el proceso



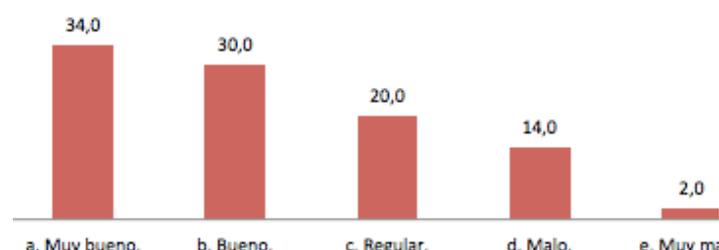
Indique su grado de satisfacción con el procedimiento asistencial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a. Muy bueno.	46	39,3	39,3	39,3
	b. Bueno.	33	28,2	28,2	67,5
	c. Regular.	33	28,2	28,2	95,7
	d. Malo.	2	1,7	1,7	97,4
	e. Muy malo.	3	2,6	2,6	100,0
	Total	117	100,0	100,0	

Indique su grado de satisfacción con el procedimiento asistencial



Indique su grado de satisfacción con la información recibida



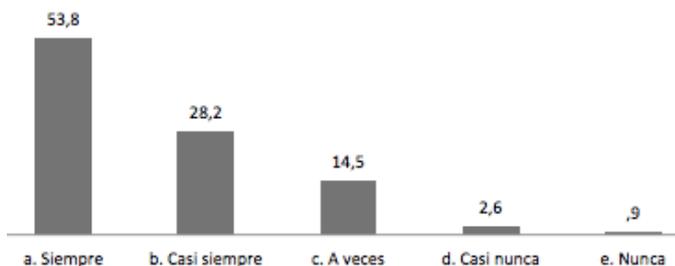
Indique su grado de satisfacción con la información recibida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a. Muy bueno.	34	29,1	34,0	34,0
	b. Bueno.	30	25,6	30,0	64,0
	c. Regular.	20	17,1	20,0	84,0
	d. Malo.	14	12,0	14,0	98,0
	e. Muy malo.	2	1,7	2,0	100,0
	Total	100	85,5	100,0	
Perdidos		17	14,5		
Total		117	100,0		

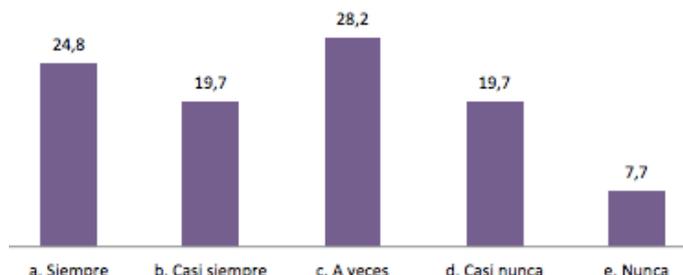
¿Entiende la información recibida por el personal sanitario?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a. Siempre	63	53,8	53,8	53,8
	b. Casi siempre	33	28,2	28,2	82,1
	c. A veces	17	14,5	14,5	96,6
	d. Casi nunca	3	2,6	2,6	99,1
	e. Nunca	1	,9	,9	100,0
	Total	117	100,0	100,0	

¿Entiende la información recibida por el personal sanitario?



¿Necesita usted buscar más información acerca de los procesos?



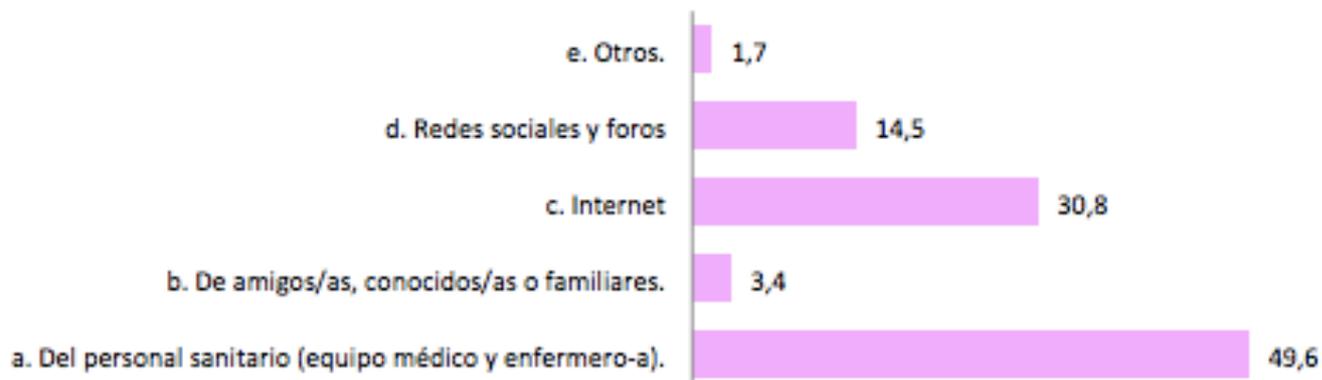
¿Necesita usted buscar más información acerca de los procesos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a. Siempre	29	24,8	24,8	24,8
	b. Casi siempre	23	19,7	19,7	44,4
	c. A veces	33	28,2	28,2	72,6
	d. Casi nunca	23	19,7	19,7	92,3
	e. Nunca	9	7,7	7,7	100,0
	Total	117	100,0	100,0	

¿De dónde obtiene usted PRINCIPALMENTE la información ?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a. Del personal sanitario (equipo médico y enfermera).	58	49,6	49,6	49,6
	b. De amigos/as, conocidos/as o familiares.	4	3,4	3,4	53,0
	c. Internet	36	30,8	30,8	83,8
	d. Redes sociales y foros	17	14,5	14,5	98,3
	e. Otros.	2	1,7	1,7	100,0
	Total	117	100,0	100,0	

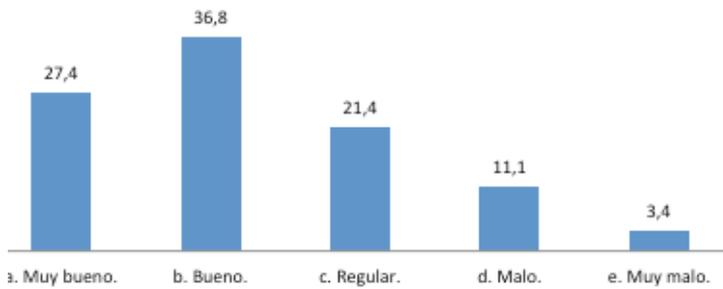
¿De dónde obtiene usted PRINCIPALMENTE la información ?



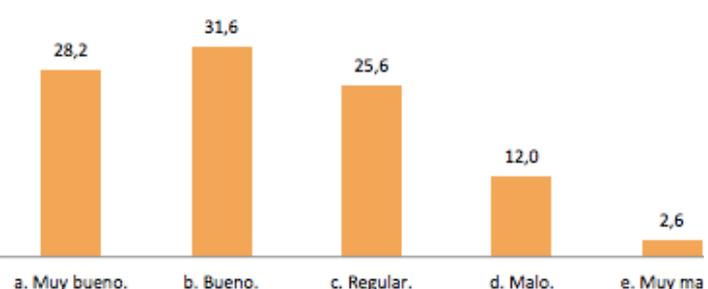
Indique su grado de satisfacción con el tiempo de consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a. Muy bueno.	32	27,4	27,4	27,4
	b. Bueno.	43	36,8	36,8	64,1
	c. Regular.	25	21,4	21,4	85,5
	d. Malo.	13	11,1	11,1	96,6
	e. Muy malo.	4	3,4	3,4	100,0
Total		117	100,0	100,0	

Indique su grado de satisfacción con el tiempo de consulta



Indique el grado de disponibilidad de los profesionales sanitarios



Indique el grado de disponibilidad de los profesionales sanitarios

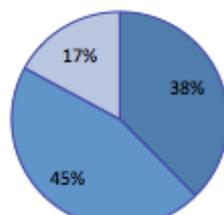
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a. Muy bueno.	33	28,2	28,2	28,2
	b. Bueno.	37	31,6	31,6	59,8
	c. Regular.	30	25,6	25,6	85,5
	d. Malo.	14	12,0	12,0	97,4
	e. Muy malo.	3	2,6	2,6	100,0
Total		117	100,0	100,0	

¿Se siente usted apoyada psicológicamente por los profesionales sanitarios?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a. Sí	44	37,6	37,6	37,6
	b. No	53	45,3	45,3	82,9
	c. No sabe	20	17,1	17,1	100,0
Total		117	100,0	100,0	

¿Se siente usted apoyada psicológicamente por los profesionales sanitarios?

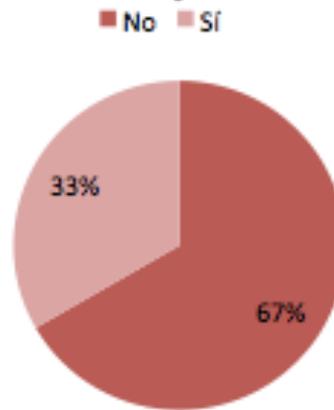
■ a. Sí ■ b. No ■ c. No sabe



¿Ha necesitado usted apoyo psicológico durante el proceso?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	78	66,7	66,7	66,7
	Sí	39	33,3	33,3	100,0
	Total	117	100,0	100,0	

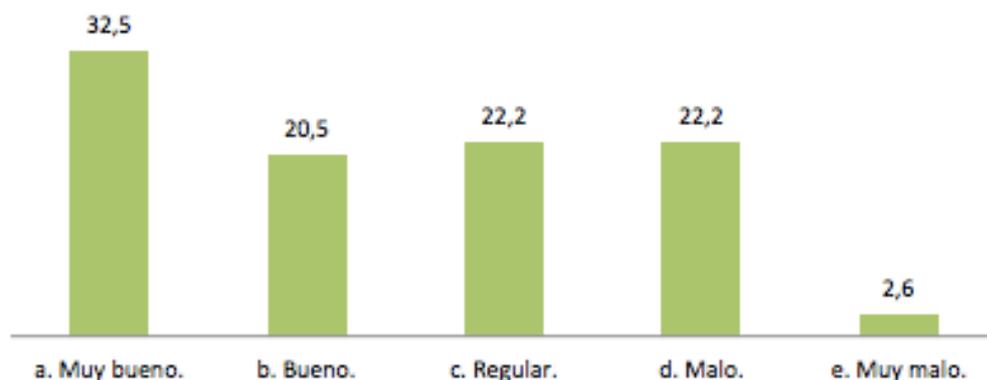
¿Ha necesitado usted apoyo psicológico durante el proceso?



Indique su grado de satisfacción con los resultados obtenidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a. Muy bueno.	38	32,5	32,5	32,5
	b. Bueno.	24	20,5	20,5	53,0
	c. Regular.	26	22,2	22,2	75,2
	d. Malo.	26	22,2	22,2	97,4
	e. Muy malo.	3	2,6	2,6	100,0
Total		117	100,0	100,0	

Indique su grado de satisfacción con los resultados obtenidos

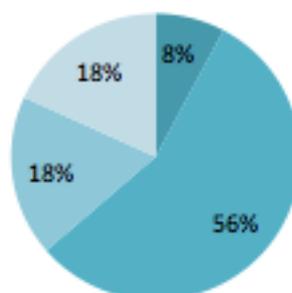


Usted considera que el trato humano recibido es mejor en:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a. Pública	6	5,1	7,8	7,8
	b. Privada	43	36,8	55,8	63,6
	c. Ambas son similares	14	12,0	18,2	81,8
	d. No lo sabe	14	12,0	18,2	100,0
	Total	77	65,8	100,0	
Perdidos		40	34,2		
Total		117	100,0		

Usted considera que el trato humano recibido es mejor en la ...

■ a. Pública ■ b. Privada ■ c. Ambas son similares ■ d. No lo sabe

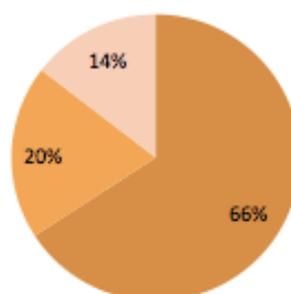


Grupo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mixto	77	65,8	65,8	65,8
	Privada	23	19,7	19,7	85,5
	Pública	17	14,5	14,5	100,0
	Total	117	100,0	100,0	

Grupo

■ Mixto ■ Privada ■ Pública



TABLAS DE CONTINGENCIA:

Resumen del procesamiento de los casos						
	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grupo * 9.Indique su grado de satisfacción con la información recibida	100	85,5%	17	14,5%	117	100,0%

Tabla de contingencia Grupo * 9.Indique su grado de satisfacción con la información recibida								
			9.Indique su grado de satisfacción con la información recibida					Total
			a. Muy bueno.	b. Bueno.	c. Regular.	d. Malo.	e. Muy malo.	
Grupo	Mixto	Recuento	25	23	13	14	2	77
		% dentro de Grupo	32,5%	29,9%	16,9%	18,2%	2,6%	100,0%
	Privada	Recuento	9	7	7	0	0	23
		% dentro de Grupo	39,1%	30,4%	30,4%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	34	30	20	14	2	100	
	% dentro de Grupo	34,0%	30,0%	20,0%	14,0%	2,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica (bilateral)
p-valor	,039

ANEXO III: FACTORES DE RIESGO.¹⁰

ALTO RIESGO DE DESARROLLAR TR. PSICOPATOLÓGICOS EN TRA

Alto grado de estrés psicológico

Problemas de relación de pareja

Donación de gametos necesaria

Mujeres en edad avanzada que requieran donación de gametos

Antecedentes psicopatológicos

Abortos de repetición

Fracasos en tratamientos de fertilidad previos

Reducción embrionaria

Consejo genético

ANEXO IV: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE USO HOSPITALARIO.

HAD⁵⁷: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

<p>A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:</p> <p>0. Siempre</p> <p>1. A menudo</p> <p>2. Raras veces</p> <p>3. Nunca</p>
<p>D.4. Me siento lento/a y torpe:</p> <p>3. Gran parte del día</p> <p>2. A menudo</p> <p>1. A veces</p> <p>0. Nunca</p>
<p>A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:</p> <p>0. Nunca</p> <p>1. Sólo en algunas ocasiones</p> <p>2. A menudo</p> <p>3. Muy a menudo</p>
<p>D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <p>3. Completamente</p> <p>2. No me cuido como debería hacerlo</p> <p>1. Es posible que no me cuido como debiera</p> <p>0. Me cuido como siempre lo he hecho</p>
<p>A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:</p> <p>3. Realmente mucho</p> <p>2. Bastante</p> <p>1. No mucho</p> <p>0. Nunca</p>
<p>D.6. Espero las cosas con ilusión:</p> <p>0. Como siempre</p> <p>1. Algo menos que antes</p> <p>2. Mucho menos que antes</p> <p>3. En absoluto</p>
<p>A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:</p> <p>3. Muy a menudo</p> <p>2. Con cierta frecuencia</p> <p>1. Raramente</p> <p>0. Nunca</p>
<p>D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:</p> <p>0. A menudo</p> <p>1. Algunas veces</p> <p>2. Pocas veces</p> <p>3. Casi nunca</p>

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

Eadg⁵⁶: escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada)
(Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)

Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.

Instrucciones para su administración:

- Está dirigida a la población general.
- Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:
 - Una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.
 - Ambas escalas tienen 9 preguntas.
 - Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
- Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.
- Todos los ítems tienen la misma puntuación.
- Siguen un orden de gravedad creciente.
- Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

Subescala de ansiedad:

- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- ¿Se ha sentido muy irritable?
- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad:

Subescala de depresión:

- ¿Se ha sentido con poca energía?
- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión:

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

ANEXO V: FertiQoL INTERNATIONAL.

© European Society of Human Reproduction & Embryology and American Society of Reproductive Medicine

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"/>				
Q2	¿Piensa que no puede avanzar con otros planes de su vida debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>				
Q3	¿Se siente vacío(a) o agotado(a) debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>				
Q4	¿Se siente capaz de afrontar sus problemas de fertilidad?	<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"/>				
Q8	¿Siente desconsuelo o sentimiento de pérdida por no poder tener un hijo (o más hijos)?	<input type="checkbox"/>				
Q9	¿Alterna usted entre esperanza y desesperación debido a los problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>				
Q10	¿Se siente aislado(a) socialmente debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>				
*Q11	¿Son usted y su pareja amorosos a pesar de tener problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>				
Q12	¿Interfieren sus problemas de fertilidad con sus obligaciones o tareas diarias?	<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"/>				
Q14	¿Siente que su familia puede comprender lo que usted está sufriendo?	<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"/>				
Q16	¿Se siente triste y deprimido(a) sobre sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>				
Q17	¿Se siente inferior a las personas que tienen hijos por sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>				
Q18	¿Le molesta la fatiga que experimenta debido a sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>				
*Q19	¿Han provocado sus problemas de fertilidad repercusiones negativas en su relación?	<input type="checkbox"/>				
*Q20	¿Siente que es difícil hablarle a su pareja sobre sus sentimientos relacionados con la infertilidad?	<input type="checkbox"/>				
*Q21	¿Está contento(a) con su relación a pesar de tener problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>				
Q22	¿Siente presión social para tener un hijo (o más hijos)?	<input type="checkbox"/>				
Q23	¿Le causan enojo sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>				
Q24	¿Siente dolor y malestar físico debido a sus problemas de fertilidad?	<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"/>				
T2	¿Tiene a su disposición los servicios médicos de fertilidad que usted desearía?	<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"/>				
T4	¿Le molestan los efectos del tratamiento en sus actividades diarias o laborales?	<input type="checkbox"/>				
T5	¿Siente usted que el personal médico encargado de su fertilidad comprende lo que usted está sufriendo?	<input type="checkbox"/>				
T6	¿Le molestan las secuelas físicas de los medicamentos y tratamiento de fertilidad?	<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"/>



TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA – APOYO PSICOLÓGICO Y CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: Sandra Martín Iglesias y María Isabel Martín Navarro.

TUTOR: José María Fidel Fernández Gómez.

INTRODUCCIÓN

Una de las dificultades que con más frecuencia refieren estos pacientes es la de obtener información verídica sobre las técnicas de reproducción asistida (TRA); la gran mayoría de pacientes desconocen el proceso médico, sus ventajas e inconvenientes, los porcentajes de éxito y fracaso, así como el desgaste psicológico que acompaña al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. El estrés derivado de la infertilidad y de los tratamientos médicos afecta a cada uno de los implicados de forma individual y a la vez a la relación interna de la pareja. Esta experiencia lleva a una sensación de ambigüedad en la relación y en la estructura familiar, aumentando los niveles de ansiedad, culpa, somatización y depresión. El apoyo, la satisfacción y la comunicación de la pareja se ven afectados y se generan cambios importantes en las relaciones sexuales y en las sociales. Por otro lado las TRA suponen una fuente de estrés muy elevada en sí mismas, al ser un muy invasivas y por el alto gasto de tiempo y económico que conllevan.

ALTO RIESGO DE DESARROLLAR TR. PSICOPATOLÓGICOS EN TRA

- Alto grado de estrés psicológico
- Problemas de relación de pareja
- Donación de gametos necesaria
- Antecedentes psicopatológicos
- Abortos de repetición

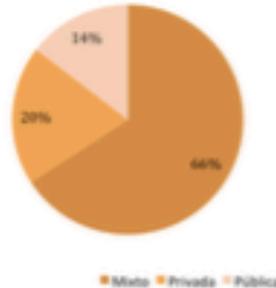
OBJETIVOS

Describir aspectos psicosociales implicados en las Técnicas de Reproducción Asistida Humana (TRA), en base a la satisfacción, apoyo psicológico e información recibidos por sus usuarias.



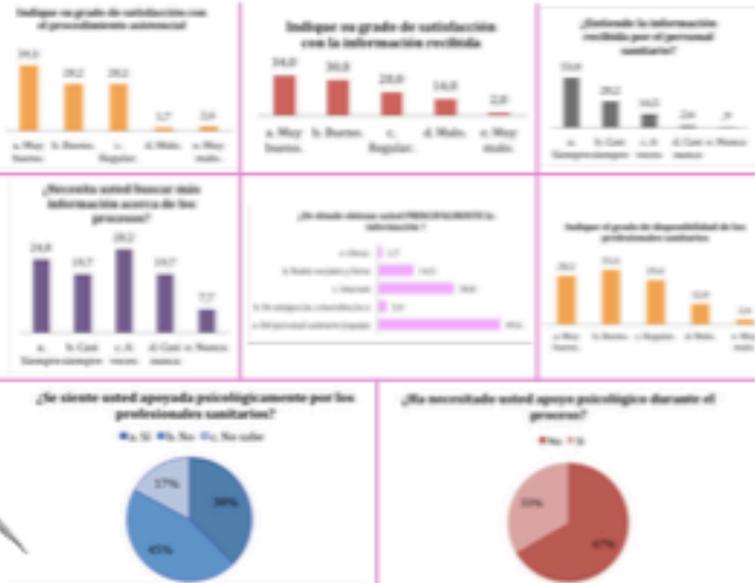
MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo de tipo encuesta-cuestionario. La encuesta se facilitó por foros de Internet consistentes en grupos de apoyo de usuarias de TRA. Se distinguió entre las usuarias de la Sanidad Pública, la Privada y un grupo mixto (si acudieron a ambos servicios). Las variables se presentan según su distribución de frecuencias. Mediante el test Chi-cuadrado de Pearson, se ha analizado la asociación de las variables cualitativas. Los datos han sido analizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.0 para Windows. El nivel de significación establecido fue de $p < 0,05$.



RESULTADOS

Perfil de las participantes: 43% de las encuestadas tienen entre 36-40 años, 46% tienen estudios universitarios y un 20% no realizan actividades remuneradas. El 58% llevan usando TRA entre 1-2 años. Únicamente el 20% de ellas continúa más de 2 años. El factor de infertilidad más prevalente entre las parejas es el factor femenino (38,5%). El tipo de técnica más utilizada ha sido FIV (45,3%). Referente al grado de satisfacción con el procedimiento asistencial, el 67,5% consideran que éste ha sido bueno o muy bueno. El 64% está satisfecha con el grado de información recibida. El 82,1% considera que casi siempre o siempre entiende la información, pero el 44,4% necesita buscar más información después de la consulta. El 64,1% están satisfechas con el tiempo de consulta y un 59,8% con la disponibilidad de los profesionales sanitarios. El 45,3% no se ha sentido suficientemente apoyada por el personal sanitario y únicamente un 33% refiere la necesidad de apoyo psicológico durante el tratamiento. Un 53% están satisfechas con los resultados de las TRA. El 56% del grupo mixto considera la atención recibida en la práctica privada superior en calidad a la realizada en la sanidad pública.



CONCLUSIONES

La asistencia integral a la pareja estéril debe incluir la evaluación y el apoyo psicológico profesional, que debiera ser ofrecido sistemáticamente en los Servicios de Reproducción Humana Asistida y cualquier miembro del equipo debería ser capaz de proporcionarlo. La satisfacción de la calidad asistencial está determinada en gran medida por la información que reciben los pacientes, por lo que habría que proporcionarla de manera clara, sin tecnicismos y adecuada por personal sanitario debidamente cualificado, de cara a reducir el porcentaje de pacientes que acuden en busca de información a fuentes no sanitarias.

