



GRADO EN PSICOLOGÍA
Trabajo Final de Grado
Curso 2014/2015
Convocatoria de Junio

Modalidad: Revisión bibliográfica.

Título: Revisión bibliográfica sobre la infertilidad, consecuencias que genera en la persona y en su relación de pareja y rol del psicólogo como terapeuta.

Autora: Pilar M^a Tomás Buitrago.

Tutora: Estefanía Estévez López.

Elche a 5 de junio de 2015

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN	4
MÉTODO.....	6
RESULTADOS.....	6
<i>Aspectos técnicos sobre la Infertilidad.....</i>	<i>6</i>
<i>Infertilidad: Definición, prevalencia y sociedad.....</i>	<i>6</i>
<i>Infertilidad: Definición, prevalencia y sociedad.....</i>	<i>6</i>
<i>Asistencia pública o privada.....</i>	<i>9</i>
<i>Técnicas clínicas para la infertilidad.....</i>	<i>10</i>
<i>Infertilidad y desarrollo personal.....</i>	<i>11</i>
<i>Etapas en los procesos de aceptación en el diagnóstico de infertilidad.....</i>	<i>12</i>
<i>Consecuencias de la infertilidad en la vida de las personas.....</i>	<i>14</i>
<i>La mujer en el proceso de infertilidad.....</i>	<i>15</i>
<i>Psicología y Psicólogo de la Reproducción.....</i>	<i>16</i>
<i>Requerimientos formativos para el psicólogo.....</i>	<i>16</i>
<i>Competencias y objetivos del psicólogo en las URHA.....</i>	<i>17</i>
<i>Técnicas psicológicas para la infertilidad.....</i>	<i>18</i>
<i>Instrumentos psicológicos en los tratamientos de fertilidad.....</i>	<i>19</i>
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXO.....	26

RESUMEN

En el presente trabajo se aborda el problema de la infertilidad desde el punto de vista de la psicología. La importancia de abordar este tema, es el aumento constante que está teniendo en su prevalencia y la poca información que la sociedad en general, y los pacientes en particular, tienen sobre el proceso de fecundación asistida, cómo éste influirá en el desarrollo de sus vidas y cómo la figura del psicólogo, dentro de los equipos médicos de reproducción, puede ayudar a las personas a adaptarse de una forma adecuada al diagnóstico de infertilidad. Por tanto el objetivo del trabajo es realizar una revisión bibliográfica, para conocer cuál es el rol del psicólogo en las clínicas de reproducción asistida, qué consecuencias trae el diagnóstico de infertilidad para la vida de una persona, y saber qué es en sí la infertilidad.

Palabras clave: infertilidad, crisis vital, pareja, psicólogo, tratamientos y Unidades de Reproducción Humana (URHA).



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una revisión bibliográfica sobre la literatura de la infertilidad y técnicas de reproducción asistida. En él se describirá qué es este problema, cómo afecta en la vida de una persona a nivel individual y de pareja, cómo interviene la psicología de forma positiva en este ámbito, qué técnicas debe utilizar el psicólogo de las Unidades de Reproducción Humana Asistida (URHA) y cuáles son las carencias que actualmente hay dentro de ellas. En primer lugar, se definirá la variable principal objeto de estudio: *infertilidad*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la “infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo que se caracteriza por la no consecución de un embarazo clínico tras 12 meses o más de relaciones sexuales habituales sin anticoncepción” (Crisol y Matorras, 2011).

¿El diagnóstico de infertilidad genera una enfermedad, o una condición en la persona que lo padece? Según lo encontrado en el artículo de Parada (2006), la infertilidad no es una enfermedad sino una condición, ya que ni el diagnóstico ni los tratamientos de fertilidad son motivo reconocido de incapacidad médica. Sin embargo, en las personas infértiles se detectan alteraciones emocionales, de menor o mayor intensidad, por lo que nos encontramos ante la presencia de malestar psíquico; este malestar es un síntoma negativo que caracteriza a las enfermedades, las cuales están formadas por síntomas positivos o negativos. De esta forma se podría considerar la infertilidad como una enfermedad ya que la salud no se describe sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, psíquico y social. Estos síntomas negativos y su consiguiente falta de bienestar definen la infertilidad.

La infertilidad significa, según varias fuentes como Del Castillo et al. (2011) o Guerra y Moreno (2009), un proceso crónico y estresante que genera en el individuo desgaste físico, mental, social, económico y de pareja. Este malestar se ve acentuado por el tiempo, una variable relevante en los tratamientos de infertilidad, debido a que éstos tienen una duración extensa. La infertilidad, como un acontecimiento más en el desarrollo personal de un individuo, puede:

- No afectar a la calidad de vida de la persona.
- Ser sólo un problema más en la historia evolutiva del sujeto.
- Convertirse en un problema personal.

Según autores como Rosset, Jenaro y Ávila (mencionados en el artículo de Anitucci y Villarino, 2014) cuando la infertilidad se convierta en crónica, provocando en el paciente un gran impacto emocional comparable este al de los pacientes oncológicos, pasa a ser un problema social, en el cual hay que intervenir.

¿El diagnóstico de infertilidad provoca en todas las personas alteraciones mentales

patológicas? La respuesta es no. Aunque el diagnóstico puede ser semejante a un estado patológico, en la mayoría de los casos la alteración emocional que sufre la persona no es tan grave. El diagnóstico de infertilidad debe llevarse a cabo como el de una enfermedad más, se deben asumir procedimientos, informar al paciente de ellos y dar cuenta de mejorías. De esta forma, surge una nueva disciplina dentro de la Psicología, la *Psicología de la Reproducción*. Ésta se encarga de prevenir o tratar cualquier alteración psicológica en todo el proceso reproductivo, desde la pubertad a la fase adulta.

La recopilación de esta información es necesaria porque la Psicología de la Reproducción, es una disciplina, dentro de la Psicología, relativamente reciente y porque los problemas en cuanto a la concepción han aumentado con respecto a décadas anteriores. A pesar del aumento en la prevalencia, la información que las parejas tienen sobre el proceso de fertilización es escasa.

Por tanto, este trabajo se ha llevado a cabo por la falta de información encontrada acerca de las causas que originan la infertilidad, la mala información que en España se da acerca de los tratamientos de fecundación asistida, la mayoría de centros privados frente a públicos, lo que hace que muchas personas no puedan acceder a ellos y la poca consideración que de la figura del psicólogo se tiene dentro del campo de la reproducción.

MÉTODO

La franja de años utilizada para la obtención de información de la presente revisión queda comprendida entre 2002 y 2014. El número total de documentos consultados ha sido de 33 los que se pueden revisar en el apartado de bibliografía de este trabajo. Las fuentes utilizadas han sido revistas científicas, artículos científicos, libros, guías médicas y recursos de Internet. Las bases científicas de donde se han obtenido los documentos son ISOC: índice español de ciencias sociales y humanidades; PsicoDoc y PsycINFO. Las revistas consultadas han sido *Psicothema*, *Papeles del Psicólogo* y *Revista médica clínica las condes*. Las palabras claves en la búsqueda de información han sido: infertilidad, crisis vital, pareja, psicólogo, tratamientos y Unidades de Reproducción Humana (URHA).

RESULTADOS

Este apartado está dividido en tres puntos. En el primero se ahondará más sobre el problema central del trabajo, la infertilidad; el segundo explicará cómo afecta este diagnóstico en la vida de una persona; en el tercer apartado se explicará qué función cumple el psicólogo durante el proceso de fecundación asistida.

Aspectos técnicos sobre la Infertilidad.

Infertilidad: Definición, prevalencia y sociedad.

La infertilidad es la incapacidad que tiene una persona para concebir. Según *Syme (1997)*, referenciado en el artículo de *Jadresic y Palacios (2000)*, la infertilidad es vista, desde la Psicología, como una pérdida, la cual está compuesta por diferentes fases:

- La primera es cuando el embarazo no sucede en el momento en que la pareja lo busca.
- La segunda viene cuando, tras diferentes tratamientos de infertilidad, tampoco llega el embarazo deseado.
- Y la última cuando tras conseguir el embarazo éste termina en aborto.

En cuanto a las causas de la infertilidad, según los estudios de *Casas (2014)* y *Fernández, y Vázquez (2011)*, se podrían clasificar en:

A. Femeninos:

- Trastornos ovulatorios que llevan a problemas para ovular regularmente, o a la imposibilidad de hacerlo.
- Obstrucción tubárica (bloqueo en las trompas de Falopio).
- Endometriosis, sucede cuando las células del revestimiento del útero crecen en otras partes del cuerpo como los ovarios, intestinos, revestimiento del área pélvica, recto o vejiga.
- Problemas específicos del útero.

B. Masculinos:

- Disminución eyaculatoria.
- Varicocele, hinchazón de las venas dentro del escroto.
- Infecciones o enfermedades de transmisión sexual.
- Causas sistémicas e iatrogénicas, como la exposición a altas temperaturas o a la radiación.

C. Mixtos: combinación tanto de factores de origen femenino como masculino.

D. Indefinidos: se desconoce la causa de la infertilidad.

No se puede especificar un porcentaje exacto en la influencia que cada una de estas causas tiene para la infertilidad. Según los artículos consultados, no hay convergencia a la hora de describir el porcentaje de influencia que cada una de las variables tienen. Lo que sí se puede suponer es que, las causas Indefinidas, son las que menos relevancia tienen para el diagnóstico de infertilidad, entre un 6%-14%.

Ahora cabría destacar la diferencia que existe entre:

Cuadro 1. Diferencias Conceptuales.

<u>Esterilidad absoluta</u>	<u>Subfertilidad</u>	<u>Infertilidad primaria</u>	<u>Infertilidad secundaria</u>
Impedimento total para la consecución de un embarazo.	Impedimento que dificulta la posibilidad de tener hijos. La fecundidad es más difícil pero no nula. La mayoría de las parejas que acuden a clínicas de reproducción asistida es por este tipo de infertilidad.	Pareja que nunca ha logrado concebir.	Imposibilidad de concebir, después de que algún miembro de la pareja, o ambos, ya hayan tenido hijos.

En cuanto a la prevalencia que la infertilidad tiene, encontramos que, según *Gris (2011)*, ésta se encuentra entre el 15% y el 25% en las parejas españolas (lo que supone alrededor de 800.000 parejas). Se estima que para 2020 la prevalencia aumentará hasta el 18%-25% en las parejas en edad fértil. Uno de los principales motivos por el que la prevalencia de la infertilidad va en aumento, es la edad en que la mujer decide tener un hijo. Trabajos como el de *Anitucci y Villarino (2014)* o el de *Antequera et al. (2008)*, afirman que este retraso en la decisión de tener un hijo se debe a un cambio de rol social. Actualmente la mujer tiene más posibilidades para acceder a estudios superiores y al mercado laboral, también se ha aumentado la posibilidad de cambiar de pareja, lo que hace que la decisión de ser madre se retrase. La fertilidad de una mujer y su estatus económico son dos variables que no aumentan en la misma dirección. Debido a que la mujer puede acceder a puestos de trabajo superiores, se ha visto que ésta se decanta por una mayor calidad en la familia, mayores recursos económicos para la educación y crianza de los hijos, que por la cantidad de ésta (*García, Maroto y Mateo, 2004*).

Esta variable es especialmente alarmante desde que el número de mujeres, mayores de 36 años que por primera vez deciden acudir a una Unidad de Reproducción Humana Asistida (URHA), va en aumento. Así, consultando el estudio de la Dirección General de Estadísticas y Censos en Argentina (obtenido de *Anitucci y Villarino, 2014*), se puede observar cómo aumenta la problemática de la infertilidad (a nivel global) a través del cambio de tendencia desde el año 2005 al 2010:

Tabla1. Edad media del 1º hijo.

	2005	2010
Primer hijo:	25-29 años	30-34 años

El aumento en la demanda de las URHA no garantiza que todas las personas que requieren de este servicio sanitario estén siendo atendidas, la mayoría de parejas con infertilidad no reciben tratamiento. Esto se debe a diversos factores:

- Barreras sociales y personales. Por ejemplo, en España, a diferencia de otros países europeos, no hay prestaciones que ayuden a la protección social de la maternidad, por esta razón muchas mujeres pueden decidir no querer someterse al proceso de tener un hijo, ya que pueden ver que tanto las ayudas económicas para la crianza del bebé, como su desarrollo profesional pueden ser escasas o nulas.

- Los escasos conocimientos que se tienen sobre las distintas técnicas de fertilidad.

- Acceso limitado al tratamiento. En muchas ocasiones el coste total de los tratamientos de fertilidad tiene que correr a cuenta de los pacientes, y si no se cuenta con ayudas monetarias para facilitar el reembolso de los gastos que los tratamientos suponen, puede llevar a las parejas a decidir no someterse a tratamiento, ya que los costes de éstos son elevados. (López, 2011).

Asistencia pública o privada.

La infertilidad es considerada, por el sistema sanitario, como una enfermedad que debe ser tratada, y a la que habría que aumentar el número de ofertas en cuanto a asistencia. Esto es debido a que si el problema en la esterilidad no es tratado en el momento adecuado, se podrían generar costes extras, directos o indirectos, en el sistema de salud (Del Castillo et al, 2011).

La asistencia a la infertilidad, como en otras enfermedades, puede ser tratada bien por sistemas públicos o privados. En España esta asistencia pertenece, mayoritariamente, a las instituciones privadas. La razón de este hecho es que desde los inicios en la atención a la esterilidad, como desde el incremento en el número de parejas infértiles, el sistema público de sanidad ha sido incapaz de afrontar la demanda de los pacientes, generando así largas listas de espera y proporcionando peores calidades en cuanto a las técnicas de reproducción humana ofertadas, provocando de este modo que el campo privado haya tenido una gran oportunidad para prosperar en este sector (Gris, 2011). Entre centros privados y públicos hay una diferencia de 76 días en cuanto al tiempo de espera para empezar con el tratamiento. La gran diferencia en cuanto al número de días que hay que

esperar en la técnica de donación de óvulos (OVODON), es debida a que muy pocos centros públicos están capacitados para llevarla a cabo. Para observar la diferencia en el tiempo de espera entre centros públicos y privados, consultar Tabla 2 del Anexo.

Entre centros privados y públicos también existe diferencia a la hora de tratar a pacientes con características particulares, como puede ser el caso de aquellas personas mayores de 40 años, la atención sanitaria para las personas que se encuentran en este rango de edad es mayor en los centros privados, (*De la Fuente y Requena, 2011*). Esto es así porque la política de sanidad pública, con respecto a la infertilidad, no admite en sus listas a aquellas personas mayores de 35-36 años debido a que, sobretodo en las mujeres, la tasa de fertilidad disminuye considerablemente a estas edades. (Consútese Tabla 3 del anexo). En España el número de centros privados es muy superior al de centros públicos. En comunidades como Extremadura, Murcia y Navarra no hay tan siquiera ni un centro público de infertilidad. (Para consultar los centros que hay por cada comunidad consultar Tabla 4 del anexo).

Para concluir con la comparación entre entidades públicas y privadas a continuación se hablará de las diferencias existentes Recursos Materiales e Infraestructuras, y Recursos Humanos en los diferentes tipos de asistencia. (Tablas 5 y 6 del anexo). Por lo general la asistencia privada cuenta con mayores recursos materiales, siendo sólo superada por la atención pública en la hospitalización de los pacientes y en el número de bibliotecas. Al igual que ocurre con los recursos materiales (Tabla 5), la sanidad privada supera a la pública en casi todos los recursos humanos. En cuanto a los psicólogos son bastante más numerosos en el ámbito privado que en el público.

Para finalizar este apartado, y según lo encontrado en distintos estudios (*Gris, 2011; Pérez, 2011*), en España el número de centros que se dedican a la atención de los problemas de esterilidad ha crecido de forma considerable. En la última década (2000-2010), se ha aumentado en un 35% el número de centros existentes dentro del país. De esta forma España se convierte en uno de los países desarrollados con mayor número de centros dedicados a esta enfermedad. La relación entre los centros que existen en España y el número de habitantes (millones) sería de 212 centros FIV para 46.745 habitantes, sólo superada por Italia donde la relación se encuentra en 334 centros para 59.762 habitantes. Hay que señalar que este aumento es mayor en los centros privados que en los públicos.

Técnicas clínicas para la infertilidad.

A continuación se presenta una tabla resumen con las técnicas de reproducción humana más utilizadas en las URHA:

Tabla 7. Técnicas de Reproducción Asistida.

TÉCNICAS		Descripción
Fecundación In Vitro (FIV)		<ul style="list-style-type: none"> • Técnica que tiene lugar en el laboratorio mediante la unión de los gametos. • Esta técnica precisa de la estimulación ovárica de la mujer. • Técnica con mayores tasas de éxito, pero también con mayores riesgos.
Inyección Intercitoplasmática de espermatozoides (ICSI)		<ul style="list-style-type: none"> • Microinyección que imita el procedimiento natural por el cual un espermatozoide penetra en el óvulo. • Se utiliza cuando el semen es de mala calidad o cuando ha fallado la FIV.
Inseminación Artificial (IA)		<ul style="list-style-type: none"> • Técnica por la que se deposita el semen capacitado dentro del útero.
Inseminación Artificial Conyugal (IAC)	Inseminación Artificial de Donante (IAD)	
Obtención de Ovocitos		<ul style="list-style-type: none"> • Técnica por la cual se estimula el ovario, mediante fármacos y de manera controlada, para aumentar la respuesta ovárica.
Vitrificación de Ovocitos	Donación de Ovocitos	

En la tabla se han destacado, la IA y la Obtención de Ovocitos, debido a que, a raíz de ellas, se han ido generando, otras técnicas las cuales han aumentado la eficacia de los tratamientos. La primera técnica se utiliza cuando existe alguna alteración en el semen del varón o bien, cuando la esterilidad sea de origen desconocido y la pareja ya haya pasado por otro tipo de técnicas sin resultados favorables. La inseminación puede llevarse a cabo mediante los espermatozoides de la pareja (IAC), o mediante los de un donante (IAD), lo que sucede cuando la alteración de los gametos masculinos es muy severa.

En la segunda técnica, se destaca la Donación de Ovocitos, una técnica actualmente aceptada debido a los buenos resultados obtenidos con ella y de la Vitrificación de Ovocitos, la que está muy ligada a la donación de gametos femeninos, ya que el poder congelar los ovocitos permite poder crear bancos de ovocitos, por los que se ha aumentado la calidad de los programas de donación. Se podría afirmar que éstas técnicas serán cada vez más utilizadas (Alamá y Remohí, 2011; Muniz, 2011).

Las técnicas que los pacientes deciden utilizar, dependerán de la etiología de la esterilidad y del objetivo reproductivo de la pareja. Según *De la Fuente (2011)*, la probabilidad de éxito, tras una transferencia embrionaria, se encuentra entre el 35-40%, lo que es un buen resultado. A pesar de ello se recomienda realizar una media de 3 o 4 ciclos de tratamiento para lograr estos resultados.

En cuanto a la transferencia embrionaria, y con diferencia a lo que sucedía con anterioridad al año 2000, en España se recomienda una transferencia máxima de 3 preembriones por mujer y ciclo. Con esto se pretende evitar el riesgo de implantación múltiple (*Agramunt, Carreras y Checa, 2011*). A pesar de esta medida, la probabilidad de tener mellizos está entre el 16-18 % y la de tener trillizos, entre el 1-2%.

Infertilidad y desarrollo personal.

¿Qué hace a una persona querer tener un hijo? Según los datos del estudio “*Starting Families*” de *Matorras (2011)* y *Boivin (2013)*, no todas las personas necesitan tener hijos para sentirse satisfechos con su vida. En países como España, Francia o India, la necesidad de paternidad es importante. Esta relevancia es inversa al estatus social que se otorga a la paternidad, ya que en España por ejemplo, mientras que la necesidad de concebir es alta, la importancia social que se da a aquellas familias o personas con hijos no es elevada.

En cuanto al género, se ha encontrado una diferencia entre mujeres y hombres. En los hombres, de modo general, el querer ser padres se relaciona con la necesidad de cumplir con su obligación social mas que con la satisfacción personal. Se puede decir que el hecho de que las personas quieran tener hijos puede deberse a:

- Deseo que todo ser vivo tiene de poder tener descendencia.
- Necesidad de cumplir con determinados roles sociales, los que dependerán de la sociedad en la que el individuo se haya desarrollado.

Además de estos dos estímulos que llevan a las personas a querer formar una familia, la estabilidad económica es una variable casi universal ,que las familias valoran de forma positiva a la hora de decidir tener hijos. (*Fernández. H. et al., 2013*).

Cuando las personas ven frustrado su deseo o necesidad de concebir, es cuando la Psicología cobra un papel importante. (*Izzedin-Bouquet, 2011*). Pero, ¿cuándo deciden las personas someterse a un tratamiento de infertilidad? Las personas que deciden pedir ayuda son las que:

- Reconocen su problema de infertilidad.
- Tienen la capacidad de hablar de él con su pareja, amigos y/o familia.
- Conocen el coste del tratamiento. Ya que el precio elevado de este tipo de tratamientos supone una variable importante a la hora de decir empezarlos o no.


- Presentan una actitud positiva hacia todo el proceso del tratamiento.

Etapas en los procesos de aceptación en el diagnóstico de infertilidad.

Cuando una persona o pareja ha decidido ponerse en manos de profesionales para tratar su problema de esterilidad, no quiere decir que haya aceptado y afrontado su nueva condición, de persona infértil. En diversas fuentes (*Parada, 2006; Muniz, 2011; Regueiro y Valero, 2011*), se habla del duelo que toda persona pasa, y debe pasar, para aceptar y afrontar el diagnóstico de infertilidad de la mejor manera posible. El duelo es un proceso que requiere, por parte del sujeto, una actitud activa de cambio psicológico, emocional y social, con el objetivo de adaptarse a una pérdida, la cual supone un cambio en la realidad del individuo. En el caso de la infertilidad, este duelo es singular ya que, la pérdida a la que el sujeto debe enfrentarse es invisible, hay que adaptarse a la pérdida de un deseo. Las etapas en las que se puede dividir el duelo de la infertilidad quedan resumidas en la siguiente tabla, donde se incluyen afirmaciones de una paciente extraídas del estudio de *Regueiro y Valero (2011)* :



Tabla 8. El duelo de los problemas de esterilidad.

ETAPAS EN UN PROCESO DE DUELO	
Shock	Periodo corto donde los sentimientos más frecuentes son la sorpresa, autocompasión y entumecimiento emocional.
Negación	La pareja cree que el diagnóstico es un error y suele buscar segundas opiniones. Las afirmaciones más comunes son: “no puede ser”, “es un error”.
Culpa  Culpabilización	En esta fase se intenta encontrar un por qué a la infertilidad. Algunas afirmaciones son: “es porque he tenido otras relaciones”, “esto se debe al aborto que me hice hace años”. En ocasiones la pareja llega a culparse el uno al otro, lo que trae consecuencias negativas dentro de la relación.
Desesperanza	En esta fase se producen sentimientos de depresión y soledad. Una afirmación común sería: “no tengo nada”.
Pérdida de control	Se pierde el control sobre la vida de la persona, ésta se centra en la infertilidad apartando otros aspectos relevantes en su vida, como la pareja o el trabajo. Como afirmación destaca: “es que nunca voy a quedarme embarazada”
Frustración	Aparecen sentimientos de envidia hacia parejas que sí pueden tener hijos.
Aceptación	En esta etapa es donde se reestructura la vida de la pareja, para aceptarse de nuevo en otras dimensiones. Es el objetivo último de un tratamiento psicológico.

Todas estas fases están sujetas a cambios durante el proceso de tratamiento. Estas fases no tienen un orden continuo y estático, es decir, no tienen porque darse en todas las parejas y en el mismo orden. Lo que sí es importante es poder vivir y expresar el duelo por no poder tener hijos y/o por no poder experimentar el proceso de embarazo, llegando a la aceptación de su nueva realidad la que puede ser: no poder concebir de manera natural, o no poder hacerlo tras diversos intentos. (Bayonas, 2013).

Consecuencias de la infertilidad en la vida de las personas.

El diagnóstico de infertilidad, al igual que el embarazo, el parto y el nuevo rol de padre/madre, constituyen una crisis vital para las personas. Esto es así porque, todas éstas son experiencias que cambian el funcionamiento social, económico, individual y de pareja

que hasta entonces las parejas se habían formado. En el momento en que una pareja decide someterse a tratamiento, introduciéndose en el sistema médico, la vida de la pareja se centra, casi exclusivamente, al proceso de fertilidad, dejando de lado otros roles sociales de la persona. Esto, junto con los largos periodos de tiempo que conllevan los tratamientos de fertilidad, hace que la pareja experimente altos grados de ansiedad y estrés (*Guerra y Moreno, 2009; Anitucci, 2014*).

La infertilidad no sólo afecta al área fisiológica de la persona, sino también a la social y a la psicológica. Con respecto a ésta última, la persona suele experimentar cambios en sus creencias, actitudes, sentimientos y expectativas. La forma en que éste diagnóstico afecta a los distintos roles de una persona se podría dividir en:

Plano emocional.

Los sentimientos que la pareja experimenta con más frecuencia tras conocer el diagnóstico son los de: tristeza, nerviosismo, ansiedad, estrés, depresión, alexitimia y preocupación con respecto al futuro. En cuanto al nivel cognitivo, las personas ven desbordadas sus habilidades de resolución de problemas y afrontamiento a nuevas situaciones. (*Llavona, 2008*). Es aquí donde se empezaría el proceso de duelo, y donde debería intervenir el psicólogo. La experimentación de estos sentimientos es algo muy normal, ya que la persona acaba de pasar del rol de persona sana al de enferma, y además, ha perdido el control sobre su capacidad y decisión de tener hijos.

Rol de pareja.

Debido a la ansiedad y culpabilización que genera el tratamiento de esterilidad, surgen problemas de comunicación donde el tema se convierte en tema tabú, y no se habla de los sentimientos y experiencias que el diagnóstico eliciten. Esta falta de comunicación afecta a su vez a la expresión de emociones donde, si por ejemplo, la mujer no puede expresar sus emociones debido a que el hombre no las comparte o tiende a evitarlas, deja de hablar del tema lo que no tiene efecto positivos ni para la pareja ni para el tratamiento (*Domínguez, 2002*). Otro problema que surge cuando los miembros de la pareja no perciben el sentimiento de paternidad de la misma forma es el reproche, donde un miembro reprocha al otro el compromiso con el tratamiento. Por esta razón el ajuste personal entre los miembros de la pareja es importante, así aquellas parejas que tienen un buen ajuste personal y social, son las que mejor se adaptan a los programas de infertilidad y mayor satisfacción expresan (*Regueiro y Valero, 2011*).

Vida sexual.

Los tratamientos de infertilidad determinan el momento en que las parejas deben tener encuentros sexuales. Como éstos dejan de ser espontáneos y privados, surgen alteraciones en la sexualidad:

- Disminución del deseo, disminuyéndose la frecuencia en las relaciones sexuales.
- Disminución de la fase de excitación, el individuo tendrá más problemas para llegar al orgasmo y para disfrutar de sus relaciones sexuales.

Rol social.

Debido a la extensión en los tratamientos de infertilidad las técnicas son complicadas, llegando las personas a olvidar otros roles sociales y actividades de disfrute.

La infertilidad, al igual que otras enfermedades, no afecta a todas las personas por igual. Factores como el género, historia personal, personalidad, estilos de afrontamiento, qué significado tiene para la persona el diagnóstico, apoyos con los que cuenta una persona y el acceso a un buen tratamiento, son muy importantes para determinar las consecuencias que la infertilidad tendrá en la persona.

La mujer en el proceso de infertilidad.

Como se ha mencionado, el género es un factor que determina cómo afectará el diagnóstico. Las mujeres tienden a percibir y reaccionar ante la infertilidad de forma distinta a los hombres. Algunas diferencias serían:

Tabla 9. Percepción y Reacción del diagnóstico según el género.

HOMBRES	MUJERES
-Menor ansiedad estado, y rasgo. -Dificultad para expresar sus emociones. -Más aspectos alexitímicos.	-Mayor ansiedad estado, esta podría deberse a la situación específica de visitar la URHA por primera vez, y rasgo. -Mayores índices de depresión. -La experiencia resulta más estresante. -Mayores afectos negativos y expresión de los mismos. Las mujeres están más abiertas a expresar sus emociones. -Culpabilización, a si mismas, cuando el diagnóstico es femenino.

Las mujeres soportan más carga emocional y social con el diagnóstico de infertilidad. Ésto es más evidente en las sociedades en vías de desarrollo o subdesarrolladas, en las que el valor de la mujer equivale a su capacidad para concebir. En estas sociedades las mujeres infértiles tienen problemas de estigma social, peligro en la estabilidad de su matrimonio, consecuencias económicas negativas y un descenso en su estatus social. En las sociedades desarrolladas las consecuencias para la mujer no son tan graves debido a que, el tener hijos no afecta al estatus de una persona. Sin embargo, la mujer es la que sufre, en primera mano, el estrés e invasión de las técnicas de fecundación. Por ello los estudios

evidencian que sus niveles de estrés, ansiedad y desajuste emocional son mayores (*Del Castillo et al., 2011*).

Ahora bien, la diferencia también es significativa entre mujeres fértiles e infértiles. Las últimas muestran grados más elevados de ansiedad estado, desajuste emocional y afecto negativo que las primeras. Y aunque la alexitimia sea más característica en hombres infértiles, estos aspectos son más relevantes en todo el grupo de personas infértiles (*Fernández. H et al., 2013*).

Psicología y Psicólogo de la Reproducción.

Requerimientos formativos para el psicólogo.

Dentro del marco europeo, las cualificaciones requeridas para el psicólogo de las URHA, varían de un país a otro. Lo general, a todos ellos, es que el profesional debe tener un conocimiento básico en salud mental (*Guerra y Tirado, 2009; Carrera, 2011*). Otro tipo de formación requerida para las funciones de psicólogo serían: terapia familiar y de pareja, conocimientos en sexología, intervención en crisis, y/o conocimientos sobre el área de la infertilidad.

En cuanto si el psicólogo debe ser un miembro más de la plantilla de reproducción asistida, o un profesional independiente, es otro factor no consensuado. La mayoría de los equipos de reproducción en España, según lo consultado en *Ferrando (2011)*, están integrados por los siguientes profesionales: ginecólogo, genetistas, andrólogo, embriólogo, biólogo, psicólogo, enfermeros, técnicos de laboratorio. El psicólogo, en nuestro país, aún no es una figura que vaya relacionada con los tratamientos de fertilidad. La sociedad no sabe cuál es su papel dentro los procesos de fecundación asistida y cómo su función puede ayudar a la pareja que se somete a tratamiento.

Competencias y objetivos del psicólogo en las URHA.

Las funciones que los psicólogos reproductivos cumplen se podrían clasificar en:

Evaluación.

Se encargan de evaluar los conocimientos que las personas tienen sobre el proceso de tratamiento antes de someterse a él; la capacidad intelectual de los pacientes, para adecuar el modo en que se transmitirá la información; si las personas tienen o han tenido antecedentes psicológicos, para tener en cuenta qué tratamientos son los más adecuados o, si en caso de que la persona esté sometida a tratamiento, cómo influye en el tratamiento para la infertilidad; por último valorará qué tipo de pareja tienen establecida las personas que acuden a consulta.

Orientación de los pacientes y el equipo.

El psicólogo ejercerá el papel de mediador entre el equipo médico y los pacientes, para conseguir un buen nivel de comprensión, por parte de los pacientes, acerca del tratamiento. Se encargará de ofrecer la información más adecuada, realista y precisa a los pacientes, y comunicar al equipo médico hasta qué punto la pareja está informada sobre los problemas de esterilidad, para que el equipo también proporcione la mejor información a los pacientes. En caso de que la pareja no sea activa durante el proceso de tratamiento, es decir, no pregunte acerca de los procedimientos a seguir, el psicólogo se encargará de generar estrategias que permitan al paciente hablar y aclarar dudas (Ferrando, 2011).

Estrategias de afrontamiento y apoyo.

El psicólogo debe enseñar a la pareja estrategias de afrontamiento activas y no evitativas, ya que éstas son las que ayudan a adaptarse y poder enfrentarse mejor al problema. Por lo general, las mujeres suelen utilizar estrategias pasivas y evitativas, este tipo hace que aparezcan más emociones negativas en la paciente.

El apoyo que el psicólogo brinda es de tipo emocional, hace ver a la pareja qué recursos tienen para enfrentarse al diagnóstico, el cual constituye una situación estresante. Si la pareja no cuenta, o no sabe dónde encontrar apoyo social, el psicólogo la orienta hacia los grupos de autoayuda o la motiva para que lo cuente a la familia y amigos más cercanos, ya que este apoyo es un amortiguador del estrés. Ayuda a las personas a reestructurar su manera de interpretar el diagnóstico (Guerra y Moreno, 2009). La asistencia psicológica debe ofrecerse desde el momento en que la pareja es diagnosticada, durante el proceso de tratamiento, y postratamiento, para valorar cómo se ha adaptado a su nueva condición. Las intervenciones psicológicas se pueden realizar de forma individual, en pareja o en grupo.

Los objetivos que la psicología de la reproducción tiene son:

Tablas 10. Objetivos de la terapia psicológica en infertilidad.

OBJETIVO FINAL	Ayudar al paciente a aceptar el diagnóstico, para mejorar su calidad de vida y salud mental.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar la expresión de emociones.• Identificar la causa de la dificultad para comunicarse, expresar y disfrutar.• Educar en infertilidad.• Disminuir la ansiedad y el estrés.• Restablecer el autoconcepto.

Técnicas psicológicas para la infertilidad.

En las situaciones donde la mujer padece algún trastorno mental, por el que se está medicando, lo que se debe hacer es esperar a que la enfermedad se encuentre estabilizada para poder retirar los fármacos gradualmente. Hay que tener especial cuidado con las pacientes de trastorno bipolar, debido a que el embarazo lleva cambios que pueden traer consigo descompensaciones emocionales. A nivel general, el trastorno más común que el proceso de fertilización puede ocasionar es el adaptativo. (Antequera et al., 2009). Éste conlleva problemas ansiosos, depresivos y de comportamiento. Las técnicas que emplea el psicólogo ante los estados de ansiedad son:

- Técnicas cognitivas y conductuales de manejo de la ansiedad.
- Autocontrol.
- Desensibilización sistemática.
- Exposición en imaginación o vivo.

Y las empleadas ante los estados depresivos:

- Normalizar los sentimientos y emociones que se experimentan durante el proceso. Son normales debido a que el diagnóstico de infertilidad supone un proceso de duelo ante una pérdida.

- Programar actividades placenteras con los objetivos de mantener la mente distraída, y disfrutar con cosas que siempre han gustado a la pareja. Esto servirá, a largo plazo, para hacer ver a la pareja que la infertilidad no ha terminado con sus vidas y que hay múltiples opciones de vida.

- Enseñar a externalizar el problema.

Otra de las variables afectadas por el diagnóstico es la relación de pareja. Las técnicas empleadas por los psicólogos para solucionar los posibles conflictos que se dan dentro de la pareja son:

- Entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de comunicación y comportamiento asertivo. Con el objetivo de que la pareja se comunique de forma efectiva entre ella y con el equipo médico, evite situaciones sociales, se adapte a su nueva condición, y que participe activamente en su proceso de tratamiento.

- Reestructurar las relaciones sexuales hacia la búsqueda del placer, intimidad, disfrute y comunicación afectiva.

Instrumentos psicológicos en los tratamientos de fertilidad.

Algunos de los instrumentos más relevantes son:

- Entrevista.
- DERA. Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad. Sus autores son Antequera. R, Jenaro. C y Moreno, C. Está formado por 48 ítems y es de aplicación individual y colectiva, el tiempo de aplicación es de 15 minutos aproximadamente. Está dividido en 4 escalas: desajuste emocional, recursos adaptativos generales, recursos personales y recursos interpersonales. Con él se pretende evaluar el posible desajuste emocional que se sufre tras el diagnóstico de infertilidad y los recursos adaptativos con los que la persona cuenta. Su corrección se realiza mediante plantilla.
- DERS. Escala de dificultades en la regulación emocional. Sus autores son Gratz y Roemer. Las variables que evalúa son descontrol emocional, interferencia cotidiana, desatención emocional, confusión emocional y rechazo emocional. Está diseñada para evaluar las dificultades en las estrategias de regulación emocional. (Hervás y Jódar, 2008).
- CRI-A. Inventario de respuestas de afrontamiento. Sus autor es Moos. R.H. Es de aplicación individual y colectiva y pretende evaluar, mediante sus 8 escalas, las respuestas de afrontamiento ante un problema y la evitación del mismo.

CONCLUSIONES

Se ha visto que la infertilidad origina desajustes psicológicos en la persona, dependiendo de la etapa vital en la que se encuentre, éstos atentarán en menor o mayor medida contra la calidad de vida del sujeto. Por esta razón desde esta revisión se plantea la necesidad de un mayor trabajo multidisciplinar en las URHA.

Debido al crecimiento constante en la prevalencia de la infertilidad, cuya causa principal es el aumento en la edad de las mujeres para empezar a concebir, la necesidad de más investigaciones sobre las consecuencias que el tratamiento de infertilidad trae a las parejas es evidente. Pero aunque la prevalencia y la importancia de las consecuencias emocionales que dicho diagnóstico originan en la pareja hayan aumentado, lo cierto es que no todas ellas pueden acceder a tratamientos de infertilidad (Del Castillo et al., 2011). En España a pesar de ser de los países europeos con mayor número de clínicas y efectividad en la dedicación a los problemas de esterilidad, no se cuenta con ayudas económicas para que las personas puedan costearse los tratamientos de infertilidad.

Desde este trabajo se considera que uno de los puntos a mejorar es el fomento en medidas que apoyen la maternidad en España y la unificación de prestaciones para los

tratamientos con el objetivo de que el costo no sea una variable decisiva en el tratamiento. Otro aspecto que debería mejorarse es la sanidad pública, tanto en investigación como en recursos materiales y técnicos, ya que la mayoría de clínicas que hay en España son de entidad privada.

En cuanto a lo que la sociedad conoce o desconoce a cerca de los problemas que las personas pueden tener con su fertilidad, según el estudio "Starting Families" (Boivin, 2011), este conocimiento por lo general es malo, variando de un país a otro. A pesar de la mala información que por lo general se tiene, las personas no consideran los tratamientos de infertilidad como algo antinatural o una opción que deba rechazarse en favor de la adopción. Lo que sí se tiene claro, a nivel social, es que estos procesos son caros y estresantes. En España la información que los pacientes pueden obtener sobre el diagnóstico de infertilidad, en la mayoría de los casos es de carácter sensacionalista, orientadas a informar sobre congresos de fertilidad (estos artículos suelen ser cortos), porcentajes sobre el número de niños nacidos mediante técnicas de reproducción asistida o sobre las regulaciones legales. (Martínez, 2011). Debido a la falta de información útil que se puede obtener sobre el diagnóstico de infertilidad, son necesarias más campañas informativas reales y accesibles a la sociedad. Un buen ejemplo de este tipo de campañas es la página web lanzada por la SEF y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), donde los pacientes pueden encontrar todo tipo de información sobre su problema (testimonios, artículos, centros dedicados a este servicio, momentos fértiles en la pareja etc.). En el gráfico 1 del Anexo, se reflejan qué fuentes de información son valoradas por los pacientes como más útiles. La información de este gráfico ha sido obtenida del estudio "Fertility, The Real Story " de Matorras junto con la Universidad de Cardiff (2011).

La mayoría de estudios encontrados tienen como principal objetivo la mujer como factor principal. Estos estudios se centran en las consecuencias que los tratamientos causan en la vida de la mujer pero no tienen al hombre. Debido a que la mayoría de estudios indican que las entrevistas se realizan sólo a las mujeres, sería recomendable el aumento de estudios donde la investigación esté dirigida a la pareja como un conjunto, incluyéndose el hombre en las entrevistas durante el proceso de fertilidad.

En cuanto al conocimiento sobre la función que el psicólogo desempeña dentro de las URHA la mayoría de personas lo desconoce. La información obtenida mediante este trabajo revela que en la actualidad la figura del psicólogo es desconocida, dentro de la medicina reproductiva, debido a diversos factores:

- Mala información sobre los efectos beneficiosos que causa en las parejas las terapias psicológicas.

- Falta de consenso sobre los requisitos formativos necesarios que debe tener el

psicólogo dentro de las URHA.

- Los propios equipos médicos no saben si el psicólogo debería ser un miembro íntegro de la plantilla o un profesional independiente.

La mayoría de URHA que cuentan con la figura del psicólogo son de entidad privada. Este hecho debería modificarse, mejorando la información que dentro de los equipos médicos se da sobre los beneficios que un psicólogo puede ofrecer a la pareja durante el proceso de fecundación asistida. Se puede concluir, que el psicólogo juega un papel importante y útil en los problemas de infertilidad, pero aún se necesitan muchas investigaciones, más campañas informativas sobre el papel que éste desempeña dentro del equipo médico y un mayor consenso sobre cuáles deben ser los requisitos formativos del psicólogo para que su función sea lo más eficaz posible.



BIBLIOGRAFÍA

- Agramut, S., Carreras, R., y Checa, M.A. (2011). Eficacia de los tratamientos reproductivos. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 123-134). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Alamá, P., y Remohí, J.A. (2011). Los estudios y tratamientos de la infertilidad. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 43-52). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Anitucci, M., y Villarino, S. (2014). *Afrontamiento y regulación emocional en mujeres con infertilidad*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.
- Antequera, R., Flores, N., Jenaro, C., y Moreno, C. (2008). La Evaluación Psicológica en Infertilidad: El "DERA" una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*. 29(2). 176-185.
- Antequera, R., Gómez, Y., Jenaro, C., y Moreno, C. (2009). La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud*, 1(20), 79-90.
- Bayonas, A. (2013). *Consecuencias emocionales del fallo implantatorio y aborto de repetición*. FIV Valencia. Recuperado el 2 de febrero de 2015 de: <http://www.fiv-valencia.es/noticias/apoyo-psicologico/page/2/>.
- Boivin, J. (2011). "Starting Families". Recuperado el 6 de mayo de 2015 de: http://www.icsicommunity.org/_files/f/1452/Fertility%20-%20The%20Real%20Story.pdf.
- Casas, C.R. (2014). *Infertilidad. Factores masculinos y factores femeninos*. Recuperado el 29 de abril de 2015 de: <https://es.scribd.com/doc/249661879/INFERTILIDAD>
- Carrera, M. (2011). Recursos humanos y profesionales: Especialistas. Situación profesional y laboral. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 197-208). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Crisol, L., Matorras, R. (2011). Fertilidad e infertilidad humanas. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 31-42). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Domínguez, R. (2002). Psicología e Infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 1(13).
- Del Castillo, M., Martín, M.D., Moreno, C., y Ramírez, I. (2011). Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles. *Psicología Conductual*. 3(19). 683-703.

- De la Fuente, A. (2011). Recursos diagnósticos y terapéuticos en reproducción asistida. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 209-230). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- De la Fuente, P.E., y Requena, A. (2011). Situación y tendencias en la sanidad privada. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 163-174). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Ferrando, M. (2011). Relaciones con otras especialidades. Sinergias y solapamientos. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 111-122). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Fernández, R., y Vázquez, D. (2011). Programas y campañas orientados a los problemas de fertilidad. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 231-236). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Fernández, H., Fernández, I., Ramírez, N., y Valle, T. (2013). Caracterización de la infertilidad en el municipio Pinar del Río. *Revista Científica Ciencia Médica*. 17(5). 64-73.
- García, M. M., Maroto, G., y Mateo, I. (2004). El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*. 2(18). 13-23.
- Guerra, D., y Moreno, A. (2009). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. En *La Guía de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida*. (29-46). Grupo de interés en psicología de la Sociedad Española de Fertilidad.
- Guerra, D., y Tirado, M.M. (2009). Intervención psicológica en medicina de la reproducción asistida. En *La Guía de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida*. (11-18). Grupo de interés en psicología de la Sociedad Española de Fertilidad.
- Gris, J.M. (2011). Recursos materiales e infraestructuras. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 189-196). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*. 2(19). 139-156.
- Izzedin-Bouquet, R. (2011). Psicología de la reproducción: De la infertilidad a la reproducción asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*. 14(2). 31-34.

- Jadresic, E y Palacios, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 38(2). 94-103. Recuperado el 27 de enero de 2015 de: ScIELO, http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200004&script=sci_abstract.
- Llavona, L.M. (2008). *El impacto psicológico de la infertilidad*. *Papeles del Psicólogo*. 29(2). 158-166.
- López, V. (2011). La fertilidad en España. Análisis de la evolución de los indicadores demográficos recogidos en España. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 53-70). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Martínez, M. (2011). La esterilidad y sus tratamientos en los medios de comunicación en España. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 275-279). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Matorras, R. (2011). Hallazgos del estudio internacional "Starting Families". En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 331-342). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Matorras, R. (2011). Mapa nacional de recursos asistenciales en centros de reproducción humana asistida. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 283-302). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Muniz, A.S. (2011). Revisión bibliográfica de los aspectos relacionados a la ovodonación en medicina reproductiva. Un enfoque desde la paciente receptora. (Trabajo fin de Máster). *Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP)*.
- Parada, L.M. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 1(2). 149-158.
- Pérez, F. (2011). La reproducción asistida en el medio sanitario público. En *Libro Blanco Sociosanitario. "La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas"*. (pp. 147-162). Las Matas (Madrid): Coordinación editorial Imago Concept & Image Development, S.L.
- Regueiro, A.M., y Valero, L. (2011). Intervención psicológica en un caso de infertilidad femenina. *Escritos de Psicología*. 3(4). 27-35.

ANEXO

Este apartado está compuesto de tablas y gráficos correspondientes a los apartados Resultados y Conclusiones de la revisión bibliográfica. Con ellas se puede ampliar la información expresa en el trabajo.

RESULTADOS:

1.Aspectos técnicos sobre la Infertilidad.

1.2 Asistencia Pública o Privada.

Tabla 2. Tiempo de espera centros públicos/privados.

		TIPO DE ENTIDAD	
		PÚBLICA	PRIVADA
Tiempo de espera		87,3 días	10,5 días
Tiempo de espera en las técnicas de reproducción asistida	IAH	140,1 días	21,3 días
	FIV-ICIS	451,9 días	27,6 días
	OVODON	770 días	50 días
	IAD	144,3 días	21,5 días
	DGP	228,6 días	37,3 días

Tabla 3. Atención sanitaria pública/privada.

	TIPO DE ENTIDAD	
	PÚBLICA	PRIVADA
Pacientes mayores de 40 años	26 centros	48 centros
Pacientes de segundas parejas	36 centros	42 centros
Pacientes sin pareja masculina	32 centros	48 centros
Pacientes con residencia en el extranjero	9 centros	37 centros
Varones oncológicos con muestras de semen reservadas	16 centros	35 centros
Mujeres oncológicas con muestras de ovocitos/ ovarios reservadas	4 centros	14 centros

Tabla 4. Centros públicos y privados en España.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	TIPO DE ENTIDAD	
	PÚBLICA	PRIVADA
ANDALUCÍA	8 centros	37 centros
ARAGÓN	1 centro	5 centros
ASTURIAS	1 centro	2 centros
BALEARES	2 centros	7 centros
CANARIAS	1 centro	7 centros
CANTABRIA	1 centro	1 centro
CASTILLA Y LEÓN	2 centros	7 centros
CASTILLA- LA MANCHA	2 centros	3 centros
CATALUÑA	3 centros	43 centros
C. VALENCIANA	2 centros	18 centros
EXTREMADURA	0 centros	3 centros
GALICIA	2 centros	7 centros
MADRID	6 centros	21 centros
MURCIA	0 centros	4 centros
NAVARRA	0 centros	2 centros
PAÍS VASCO	1 centro	11 centros
LA RIOJA	2 centros	2 centros
CEUTA	0 centros	0 centros
MELILLA	0 centros	0 centros
TOTAL	33 centros	180 centros

Tabla 5. Recursos materiales e infraestructuras en los centros públicos y privados

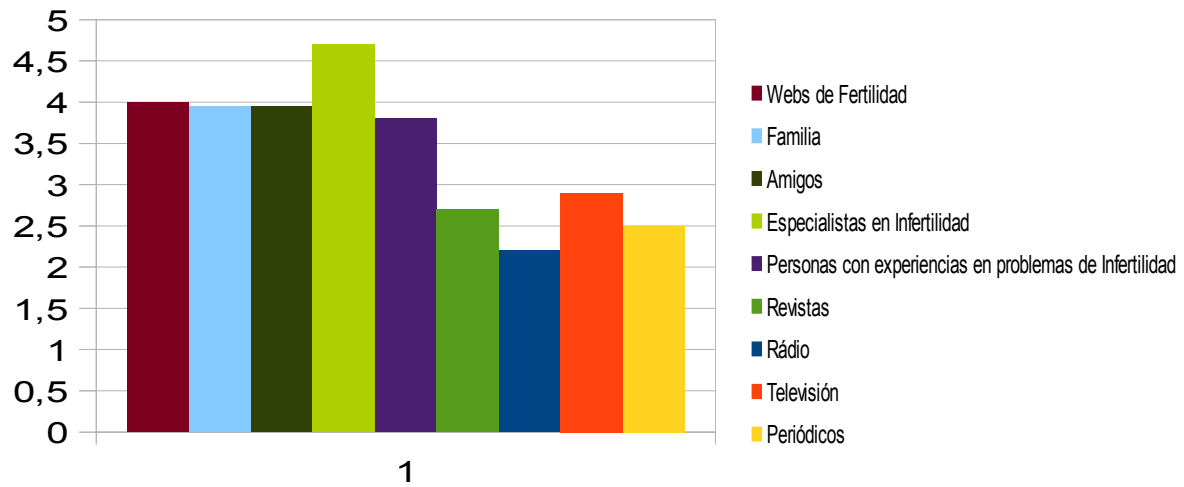
	TIPO DE ENTIDAD	
	PÚBLICO (%)	PRIVADO (%)
Espacio específico para la consulta RHA	61,4	76,8
Laboratorio de FIV	59,1	87,5
Folletos informativos	50	94,6
Banco de semen	54,5	89,3
Hospitalización	77,3	66,1
Biblioteca	75	60,7
Página web	29,5	87,5
Laboratorio de criobiología	38,6	73,2
Banco de ovocitos	9,1	53,6
Laboratorio de investigación *	13,6	17,9

Tabla 6. Recursos humanos en los centros públicos y privados.

	TIPO DE ENTIDAD		
	PÚBLICO (%)	PRIVADO (%)	
Ginecólogos	100	94,6	
Embriólogos	63,6	83,9	
Enfermeros	81,2	69,6	
Genetistas	20,5	26,8	
Residentes	79,5	14,3	
Andrólogos	29,5	51,8	TOTAL (%)
Psicólogos	9,1	51,8	33
Urólogos	40,9	46,4	
ATS y auxiliares	77,3	89,3	

CONCLUSIONES

Gráfico 1. Obtención de información sobre fertilidad.



(En el gráfico se muestran las distintas fuentes de información y el grado de ayuda que de ellas perciben los pacientes. La escala de ayuda va de 0= nada de ayuda, a 5= útiles en información).

