



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

MEDIKUNTZA
ETA ERIZAINZAKO
FAKULTATEA
FACULTAD
DE MEDICINA
Y ENFERMERÍA

**ERIZAINZAKO GRADUA
GIPUZKOA
GRADO EN ENFERMERIA**

Curso 2017/2018

ASPECTOS PSICOSOCIALES EN PAREJAS SOMETIDAS A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Amaia Zaldain Iraizoz

Directora: María Isabel Trespaderne Beracieto

RESUMEN

Introducción: los problemas de fertilidad constituyen una de las principales alteraciones dentro de la salud reproductiva. Así, destacan la esterilidad e infertilidad como dos de los principales trastornos. Se estima que afectan aproximadamente al 14% de la población en edad fértil.

Objetivo: describir los cuidados de enfermería desde la perspectiva psicosocial en parejas heterosexuales sometidas a Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) en la Unidad de Reproducción Asistida (URA) del Sistema Nacional de Salud (SNS) con el fin de mejorar su calidad de vida.

Metodología: revisión sistemática. Se llevaron a cabo dos búsquedas en la Biblioteca Virtual en Salud de España (BVS), Cuiden, Proquest, Pubmed y Dialnet, con lenguaje controlado (DeCS/MeSH) y palabras clave, utilizando los operadores booleanos, el paréntesis y las comillas para combinar las búsquedas. Asimismo, se buscó en páginas web oficiales y manuales de la biblioteca UPV/EHU.

Resultados: se seleccionaron un total de 17 artículos, dos manuales, tres textos legales y dos monografías. Las parejas sometidas a TRA presentan alteraciones emocionales y modificaciones en la relación de pareja y sexualidad. Los cuidados de enfermería identificados se refieren al apoyo emocional, la educación sanitaria, la información y estrategias como el *counseling*, junto con la continuidad de cuidados.

Discusión: tras los resultados obtenidos, se plantea la necesidad de realizar más estudios que investiguen las repercusiones de las TRA y la eficacia de las intervenciones de enfermería. Igualmente, se sugiere que las enfermeras de la URA deberían fomentar la creación de grupos de autoayuda.

Conclusión: las TRA generan un gran impacto psicosocial sobre las parejas. Enfermería mediante el apoyo emocional, la información proporcionada, estrategias como el *counseling*, la disponibilidad, la accesibilidad y la continuidad de cuidados es capaz de mejorar la calidad de vida de las parejas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGÍA.....	4
4. RESULTADOS.....	6
4.1. Resultados de búsqueda	6
4.2. La Unidad de Reproducción Asistida: Técnicas de Reproducción Asistida, criterios de acceso en el Sistema Nacional de Salud, recursos humanos y espacios físicos	8
4.3. Las repercusiones psicosociales derivadas de las Técnicas de Reproducción Asistida en las parejas	13
4.4. Cuidados de enfermería desde la perspectiva psicosocial en la Unidad de Reproducción Asistida.....	18
5. DISCUSIÓN.....	23
6. CONCLUSIONES	25
7. BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXO I: estrategias de búsqueda empleadas y resultados obtenidos en las diferentes bases de datos tras la primera búsqueda	31
ANEXO II: estrategias de búsqueda empleadas y resultados obtenidos en las diferentes bases de datos tras la segunda búsqueda	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptores correspondientes a la estructura PIO.....	4
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	5
Tabla 3. DeCS y MeSH incluidos tras la primera búsqueda realizada	5
Tabla 4. Clasificación de los resultados según el nivel de evidencia y el objetivo al que corresponden.....	6

1. INTRODUCCIÓN

Los problemas de fertilidad constituyen una de las principales alteraciones dentro de la salud reproductiva. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), afectan a más de 70 millones de parejas, lo que permite considerarlos como uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Se entiende por fertilidad “la consecución de un embarazo en los dos años siguientes a una exposición coital regular”. No ha sido posible definir los “problemas de fertilidad”, pese a que diversos artículos incluyen este concepto (1, 2).

Dentro de los trastornos que agrupan los problemas de fertilidad, se encuentran, entre otros, la esterilidad e infertilidad. Según algunos autores, ambos términos tienen diferente significado. Así, la esterilidad se refiere a la incapacidad de lograr una gestación tras practicar regularmente el coito sin métodos anticonceptivos. En cambio, la infertilidad hace referencia a aquellas parejas que pudiendo concebir, no son capaces de que sus embarazos concluyan en recién nacidos (1, 2).

Por el contrario, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) y la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), consideran ambos términos como sinónimos, y definen la esterilidad/infertilidad como “la ausencia de consecución de embarazo tras 12 meses de relaciones sexuales sin empleo de métodos anticonceptivos”. Sin embargo, la OMS, prolonga dicho periodo de tiempo hasta los 24 meses (1).

La OMS va más allá, y considera la infertilidad una “enfermedad del sistema reproductivo”. Ciertamente, que en general, sentirse enfermo se asocia al padecimiento de alguna dolencia o limitación física. Esto raramente está presente en la esterilidad/infertilidad, tampoco supone un riesgo para la salud de las personas, ni su evolución pone en peligro la supervivencia de las parejas. Pero teniendo en cuenta que la OMS define la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de un trastorno o enfermedad”, sí se puede considerar la infertilidad como una enfermedad, ya que no se pueden obviar las consecuencias psíquicas y sociales que pueden llegar a producir tanto su diagnóstico como el posterior tratamiento (1, 2, 3).

En la actualidad, se estima que aproximadamente el 14% de la población en edad fértil padece dificultades para tener descendencia, es decir, una de cada siete parejas en edad reproductiva presenta problemas de fertilidad. Según los expertos, la magnitud del problema irá en aumento. Así, prevén que para el año 2020 el porcentaje aumente hasta situarse entre el 18% y el 25%, con 18.500 casos al año (1).

Existen múltiples causas de esterilidad, tales como las alteraciones anatómicas en el sistema reproductor de la mujer (como los miomas uterinos o las adherencias uterinas) y del hombre (entre otras, las obstrucciones anatómicas que bloquean el fluido seminal), las alteraciones ováricas (por ejemplo, los tumores o los trastornos ovulatorios), las causas genéticas (tales como el síndrome de Klinefelter), los problemas en la producción y maduración de los espermatozoides (entre los cuales se encuentran la azoospermia o la astenozoospermia) y la influencia negativa de ciertos estilos de vida como el tabaquismo o el Índice de Masa Corporal (IMC) extremo en las mujeres (tanto por exceso como por defecto) (2).

La edad condiciona la capacidad reproductiva de la mujer. Ésta nace con una determinada dotación folicular, es decir, un número fijo y no renovable de células germinales, cuya cantidad va disminuyendo mensualmente. Por consiguiente, a medida que pasan los años, se produce una disminución fisiológica de la reserva ovárica, es decir, de la cantidad de ovocitos susceptibles de madurar y ser fecundados. Además, la edad incrementa el riesgo de que se produzcan alteraciones cromosómicas en los ovocitos, dando lugar a una menor calidad biológica de los mismos. Ambos fenómenos son los determinantes de la disminución de su capacidad reproductora, que según se ha observado, decrece especialmente a partir de los 35 años (1, 2).

En el caso de los hombres, la influencia de la edad sobre la esterilidad es más controvertida. Se han descrito diversos cambios que afectan a la función testicular a partir de los 30 años, pero aún no existen datos suficientes que demuestren que dichas alteraciones disminuyen la capacidad fecundante del varón (2).

Se estima que las causas de esterilidad se reparten de la siguiente forma: en un 30% de los casos se trata de causa femenina, el mismo porcentaje se refiere a la causa masculina, otro 25% ocurre por causa mixta, y el 15% restante de los casos se debe a esterilidad de origen desconocida (1).

A lo largo de las prácticas asistenciales que realicé durante mi formación en el Grado de Enfermería en la Unidad de Reproducción Asistida (URA) del Hospital Universitario Donostia (HUD), junto con el equipo de profesionales de la unidad, tuvimos la oportunidad de observar y detectar las necesidades derivadas de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) que presentaban las parejas, y cómo enfermería, mediante los planes de cuidados, era capaz de actuar sobre las mismas. Esta experiencia, junto con la motivación que me transmitieron las enfermeras de la unidad al comentarles la idea de que ese sería el tema central de mi trabajo, me impulsaron a realizarlo con el fin de profundizar más en esta área y describir los cuidados de enfermería en la URA desde la perspectiva psicosocial.

Por ello, este trabajo se centrará en la URA desde el ámbito de la sanidad pública. De un lado, porque mi formación en la URA durante el Grado de Enfermería se realizó en un hospital público, el HUD, por lo que conozco su funcionamiento, organización y los criterios para acceder a los tratamientos. De otro, porque en el ámbito privado varía el perfil de los pacientes con respecto a la sanidad pública, ya que suelen ser personas con un nivel adquisitivo medio-alto, o parejas que superan el límite de edad establecido para acceder a los tratamientos en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Se abordará el tema seleccionado desde la perspectiva de la pareja heterosexual, ya que, tal y como se ha comentado previamente, la esterilidad/infertilidad es un problema de salud reproductiva que cada vez está adquiriendo más relevancia en nuestra sociedad y que afecta aproximadamente al 14% de la población en edad fértil. Más concretamente, se centrará en parejas heterosexuales que no requieren donación de gametos (1).

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es describir los cuidados de enfermería desde la perspectiva psicosocial en parejas heterosexuales sometidas a TRA en la URA del SNS con el fin de mejorar su calidad de vida.

Para darle respuesta, se formulan los siguientes objetivos específicos:

1. Describir los recursos humanos y espacios físicos de la URA, las TRA que se llevan a cabo y los criterios de acceso en el SNS.
2. Analizar las repercusiones psicosociales derivadas de las TRA en las parejas.
3. Describir los cuidados de enfermería en parejas sometidas a TRA desde la perspectiva psicosocial.

3. METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos previamente descritos, se llevó a cabo una revisión sistemática, para la cual se realizaron dos búsquedas entre el 18/12/2017 y el 15/02/2018.

Siguiendo la estructura PIO se formuló la siguiente pregunta: ¿cuáles son los cuidados de enfermería requeridos por las parejas heterosexuales sometidas a TRA en la URA del SNS para mejorar la calidad de vida?

- P→ parejas heterosexuales sometidas a TRA en la URA del SNS.
- I→ cuidados de enfermería que valoren los aspectos psicosociales de las parejas.
- O→ mejorar la calidad de vida de las parejas.

En base a dicha estructura, se extrajeron los “Descriptor en Ciencias de la Salud” (DeCS) y “Medical Subject Headings” (MeSH), los cuales se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Descriptores correspondientes a la estructura PIO. Fuente: elaboración propia.

	DeCS	MeSH
P	Técnicas Reproductivas Asistidas	Reproductive Techniques, Assisted
I	Atención de enfermería Enfermería	Nursing care Nursing
O	Calidad de vida	Quality of life

Se emplearon las siguientes fuentes de información:

- Bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud de España (BVS), Cuiden, Proquest, Pubmed y Dialnet.
- Páginas web: OMS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y Boletín Oficial del Estado (BOE).
- Manuales de la biblioteca de la Facultad de Medicina y Enfermería de la sección de Guipúzcoa.

En cuanto a las estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos, se emplearon los DeCS y sus correspondientes MeSH previamente descritos, así como palabras clave que eran iguales o similares a los descriptores. Además, se utilizaron los operadores booleanos (AND, OR), las comillas y los paréntesis para combinar las búsquedas.

Se establecieron los siguientes criterios de selección:

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos publicados entre los años 2008-2018. • Artículos escritos en inglés o español. • Artículos que trataran sobre las TRA, los recursos humanos y espacios físicos de la URA, y/o los criterios de acceso al SNS. • Artículos que trataran sobre las repercusiones psicosociales derivadas de las TRA en las parejas. • Artículos cuyo tema central fueran los cuidados de enfermería en parejas sometidas a TRA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos de los que no se pudo obtener texto completo. • Artículos que trataran sobre mujeres embarazadas mediante TRA. • Artículos que abordaran otros tratamientos reproductivos como la cirugía reproductiva o los tratamientos no asistidos de la esterilidad. • Artículos cuyo tema central fueran las consecuencias de las TRA en los recién nacidos. • Artículos que trataran sobre la donación de gametos en las TRA. • Artículos que estudiaran las intervenciones derivadas exclusivamente del diagnóstico de infertilidad.

Las estrategias de búsqueda empleadas, los resultados obtenidos tras aplicar los filtros y los artículos seleccionados en función de los criterios de inclusión y exclusión se encuentran descritos en el Anexo I.

Realizada una primera aproximación al tema, se decidió ampliar la búsqueda con el fin de recuperar artículos relevantes que no fueron encontrados en la misma. En base a los resultados obtenidos en los artículos ya seleccionados, se decidieron añadir los siguientes DeCS y MeSH (ver Tabla 3) con el propósito de centrar la búsqueda.

Tabla 3. DeCS y MeSH incluidos tras la primera búsqueda realizada. Fuente: elaboración propia.

DeCS	MeSH
Ansiedad	Anxiety
Depresión	Depression
Emociones	Emotions
Estrés psicológico	Stress, psychological
Sexualidad	Sexuality

En el Anexo II se recoge la segunda búsqueda realizada en relación a las estrategias de búsqueda empleadas, los filtros aplicados, los resultados obtenidos y los artículos seleccionados.

4. RESULTADOS

4.1. Resultados de búsqueda

Tras la primera búsqueda realizada, se seleccionaron 96 artículos. De todos ellos, 41 fueron excluidos por tratarse de documentos repetidos. Tras volver a revisar los resúmenes de los artículos restantes, se decidieron descartar 11 por no cumplir los criterios de inclusión, así como otros 9 por la imposibilidad de obtener el texto completo. Tras la lectura de los 35 artículos restantes, 9 fueron elegidos para realizar el trabajo.

En la segunda búsqueda, se obtuvieron un total de 121 artículos. Se excluyeron 62 de ellos por tratarse de documentos repetidos, junto con otros 18 artículos que ya se habían obtenido en la primera búsqueda. Se volvieron a revisar los resúmenes de los 41 artículos restantes y se decidieron descartar 9 de ellos (5 por no adecuarse al tema y otros 4 por no poder acceder al texto completo). Tras la lectura de los 32 artículos restantes, se extrajeron 8 de ellos para realizar el trabajo.

Finalmente, se seleccionaron 17 artículos, dos manuales de la biblioteca de la Facultad de Medicina y Enfermería de la sección de Guipúzcoa, tres textos legales adquiridos en la página web del BOE y dos monografías obtenidas de las páginas web de la OMS y MSSSI respectivamente. En relación al manual “Enfermería en reproducción humana”, cabe destacar que, pese a no cumplir los criterios de inclusión por ser publicado en el año 2007, se decidió su inclusión en el trabajo por aportar información útil para la elaboración del mismo y no rebasar en exceso del rango de años establecido.

A continuación, los resultados obtenidos se clasifican en función del nivel de evidencia que poseen y el objetivo al que corresponden:

Tabla 4. Clasificación de los resultados según el nivel de evidencia y el objetivo al que corresponden. Fuente: elaboración propia.

Año	Título	Clasificación	Obj. 1	Obj. 2	Obj. 3
2017	Effectiveness of infertility counseling on pregnancy rate in infertile patients undergoing assisted reproductive technologies: A systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática y meta-análisis			V
2016	Depression and anxiety outcomes associated with failed Assisted Reproductive Technologies: A systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática y meta-análisis		V	
2016	Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review	Revisión sistemática		V	

Año	Título	Clasificación		Obj. 1	Obj. 2	Obj. 3
2009	Supporting stress management for women undergoing the early stages of fertility treatment: a cluster-randomized controlled trial	Ensayo aleatorio	clínico			V
2014	A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women	Ensayo aleatorio	clínico			V
2011	Does emotional support during the luteal phase decrease the stress of in vitro fertilization?	Ensayo aleatorio	clínico			V
2015	La enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida	Estudio observacional transversal	analítico			V
2013	Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment	Estudio transversal	analítico			V
2016	The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes	Estudio prospectivo	analítico		V	
2015	Depresión en mujeres tratadas con técnicas de reproducción asistida. Visión de la matrona	Estudio transversal	descriptivo		V	
2016	Enfermería en las técnicas de reproducción asistida	Estudio transversal	descriptivo		V	
2012	Patients from across Europe have similar views on patient-centred care: an international multilingual qualitative study in infertility care	Estudio cualitativo				V
2016	The experience of infertility treatment: the male perspective	Estudio con enfoque fenomenológico	cualitativo		V	
2009	Reproducción asistida: construcciones culturales, simbólicas del vínculo de filiación, del cuerpo y relaciones sociales	Estudio con enfoque etnográfico	cualitativo		V	
2016	Factors associated with marital satisfaction in infertile couple: a comprehensive literature review	Revisión bibliográfica			V	
2015	Papel de las enfermeras en reproducción asistida: dimensión emocional	Revisión bibliográfica				V
2008	Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad	Opinión de experto			V	
2010	Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)	Opinión de experto		V		
2008	Tratado de Reproducción Humana para enfermería	Opinión de experto		V		

Año	Título	Clasificación	Obj. 1	Obj. 2	Obj. 3
2007	Enfermería en reproducción humana	Opinión de experto	V		
2017	Registro Nacional de Actividad 2015 – Registro SEF	-----	V		
2006	Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida	-----	V		
1996	Real Decreto 413/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los requisitos técnicos y funcionales para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida	-----	V		
2014	Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización	-----	V		

4.2. La Unidad de Reproducción Asistida: Técnicas de Reproducción Asistida, criterios de acceso en el Sistema Nacional de Salud, recursos humanos y espacios físicos

4.2.1. Técnicas de Reproducción Asistida y los criterios de acceso en el Sistema Nacional de Salud

Los expertos aseguran que la imposibilidad de concebir tras un año de relaciones sexuales frecuentes y no protegidas puede ser motivo para iniciar un estudio en la pareja. Dicho estudio examina de forma simultánea a ambos miembros con el objetivo de determinar la causa de esterilidad (2).

En función de los resultados obtenidos, la edad, el tiempo de duración de la esterilidad y la decisión de la pareja, el equipo de reproducción les propondrá la TRA más adecuada para su caso concreto (2, 4).

La OMS define las TRA como “aquellos tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo”. Se diferencian tres grupos: la inseminación artificial (IA), la fecundación *in vitro* (FIV) y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) (2, 3).

La IA es el procedimiento de Reproducción Asistida (RA) más sencillo. Esta técnica consiste en depositar en el útero de la mujer, mediante una cánula intrauterina, el semen previamente capacitado, con el fin de conseguir una gestación al hacer coincidir en la trompa de Falopio una alta concentración de espermatozoides móviles con la ovulación (4).

Dependiendo del origen del semen, se clasifican en: IA conyugal (IAC), si los espermatozoides proceden de la pareja; o IA de donante (IAD), cuando se utiliza semen de un donante procedente del banco de semen (2, 4).

En la IAC, durante la primera fase, se realiza la estimulación ovárica con el fin de obtener uno o dos folículos maduros de tamaño adecuado, mediante el tratamiento hormonal basado en gonadotropinas que la mujer se autoadministra vía subcutánea. Durante esta fase, se realizan controles ecográficos y determinaciones hormonales con el fin de medir la respuesta ovárica. Así, cuando los folículos hayan alcanzado el tamaño idóneo, se procede a la administración por parte de la paciente de la hormona hCG vía subcutánea, que permite la maduración final del folículo y la ovulación. A las 36h de la administración de la misma, se realiza la inseminación (procedimiento ambulatorio). Unas dos horas antes, el varón habrá entregado la muestra de semen, y se habrá llevado a cabo la capacitación espermática con el objetivo de seleccionar los espermatozoides con mejor movilidad (2, 4).

La FIV marcó un antes y después en los tratamientos para solucionar los problemas de fertilidad. Junto con la ICSI, constituyen dos técnicas diferentes que se basan en obtener los gametos masculinos y femeninos, para posteriormente, realizar la unión de ambos fuera del aparato reproductor de la mujer, concretamente, en el laboratorio. Ambas técnicas están compuestas por cuatro etapas bien definidas (2).

Durante la primera fase, se lleva a cabo la estimulación ovárica controlada (EOC) con el objetivo de obtener un desarrollo folicular múltiple. Se caracteriza, fundamentalmente, por la administración de diversos fármacos en función del protocolo que se emplee (no es el objetivo de este trabajo describir todos los protocolos de estimulación existentes). Durante la EOC, se realizan diversos controles ecográficos y determinaciones hormonales para evaluar el desarrollo folicular (2, 4).

Una vez que se alcance el punto de maduración óptimo de los folículos, es decir, un número aceptable de folículos con un diámetro medio aproximado de 18-20mm y determinados niveles de estrógenos en sangre, se procede a la administración de la hCG vía subcutánea, cuya función será la de terminar de madurar el ovocito y romper sus puentes de unión al folículo, para que pueda ser captado (2, 4).

Ya en la segunda etapa, en un plazo de tiempo de 34-36h tras la administración de la hCG, los ovocitos se recuperan a través de la punción folicular. Se trata de una técnica quirúrgica que se realiza vía transvaginal y guiada por ecografía, con el objetivo de aspirar el contenido folicular. Este procedimiento se realiza bajo sedación y de forma ambulatoria (2).

La tercera etapa, la fecundación, tiene lugar en el laboratorio. El líquido folicular obtenido durante la punción, pasa directamente al laboratorio de FIV/ICSI para aislar los ovocitos y evaluar su madurez. Además, previo a la punción, el varón habrá entregado una muestra de semen que ya habrá sido procesada (2, 4).

Por tanto, una vez obtenidos los gametos, existen dos técnicas para fecundar los ovocitos: FIV e ICSI. Mientras que la primera consiste en poner en contacto unos 100.000 espermatozoides de buena motilidad con el ovocito maduro; la segunda, se basa en microinyectar un espermatozoide en el interior del citoplasma de un ovocito. Los preembriones obtenidos se mantienen dos o tres días en cultivo y se revisan periódicamente para comprobar su evolución (2, 4).

Por último, en la cuarta fase, los preembriones (en número adecuado y en relación a cada caso concreto) guiados por ecografía, son transferidos a la cavidad uterina a través de un catéter. Este procedimiento se realiza en quirófano, pero sin necesidad de anestesia. En relación al número de preembriones que se pueden transferir, de acuerdo al capítulo I de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida “en el caso de la fecundación in vitro y técnicas afines, sólo se autoriza la transferencia de un máximo de tres preembriones en cada mujer en cada ciclo reproductivo”. Dicha Ley define el preembrión como “el embrión in vitro constituido por el grupo de células resultantes de la división progresiva de ovocitos desde que es fecundado hasta 14 días más tarde”. Conforme al capítulo II de la misma norma “los preembriones sobrantes de la aplicación de las técnicas de fecundación in vitro que no sean transferidos a la mujer en un ciclo reproductivo podrán ser crioconservados en los bancos autorizados para ello” (2, 4, 5).

Tanto en la IAC como en la FIV e ICSI, tras la inseminación y la transferencia embrionaria respectivamente, se administra un suplemento de progesterona vía vaginal durante la fase lútea del ciclo con el fin de apoyar la producción endógena de esta hormona para asegurar la conversión del endometrio proliferativo en secretor, y así aumentar las posibilidades de implantación en el útero del embrión transferido (2, 4).

A los 14-15 días tras la IAC o transferencia embrionaria, se realiza una determinación en sangre de β -hCG con el fin de conocer si se está iniciando o no la gestación (2).

En lo referente a los datos estadísticos, el “Registro Nacional de actividad 2015 – Registro SEF” contabiliza un total de 127.809 ciclos de FIV/ICSI, que junto a los 38.903 pertenecientes a la IA (26.959 de estos fueron IAC), suman un total de

166.712 ciclos realizados a lo largo del 2015 a nivel nacional, dando lugar al nacimiento de 29.697 recién nacidos vivos (6).

Según dicho registro, en España figuran un total de 286 centros entre entidades públicas y privadas que llevan a cabo TRA. Cabe destacar, que a diferencia de las clínicas privadas, las URA pertenecientes al SNS establecen ciertos criterios para acceder a éstas, los cuales figuran en la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre (6, 7).

Según dicha orden se incluyen “las mujeres mayores de 18 años y menores de 40 años, y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del inicio del estudio de esterilidad”, “parejas, sin ningún hijo en común previo y sano” y mujeres que no presenten “ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un gran e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia” (7).

En el caso de la IAC, tendrán acceso todas aquellas parejas en las que exista una indicación terapéutica reconocida y la edad de la mujer en el momento del tratamiento sea inferior a 38 años, con un máximo de cuatro ciclos (7).

En lo referente a la FIV con gametos propios (que incluye la FIV convencional o mediante técnicas de micromanipulación), podrán acceder todas aquellas parejas en las que la edad de la mujer sea inferior a 40 años en el momento de la indicación terapéutica, cuando no haya evidencia de mala reserva ovárica, y con un límite máximo de tres ciclos de tratamiento (7).

4.2.2. Recursos humanos y espacios físicos

El Real Decreto 413/1996, de 1 de marzo, regula, entre otros, los recursos humanos y espacios físicos con los que debe contar la URA (8).

En base a dicho Real Decreto, una URA que cuente con un banco de semen, laboratorio para capacitación espermática y desarrolle las técnicas de IA y FIV/ICSI, deberá contar con los siguientes recursos humanos: un médico especialista en obstetricia y ginecología, con formación y experiencia en fertilización y reproducción humana asistida, así como otro con conocimientos en ecografía ginecológica; un médico especialista en anestesia y reanimación; personal de enfermería; personal auxiliar sanitario; y una persona licenciada en áreas de las Ciencias Biomédicas (Medicina, Veterinaria, Farmacia, Biología o Química), con formación y experiencia en la capacitación y conservación del semen, así como en biología de la reproducción. Otras fuentes bibliográficas incluyen también a administrativos y psicólogos (2, 4, 8).

En relación a los espacios físicos y recursos materiales con los que debe contar la URA, se identifican los siguientes (2, 4, 8):

- *Recepción.*
- *Sala de espera.*
- *Consulta de enfermería.* La enfermera desarrolla múltiples funciones en su consulta, desde la educación sanitaria con el objetivo de instruir a la pareja sobre la correcta autoadministración de la medicación, pasando por el seguimiento del proceso, la resolución de dudas y la atención telefónica, hasta la obtención e identificación de muestras.
- *Consulta médica.* En ella se realiza la primera visita con el fin de registrar la historia clínica y se llevan a cabo los controles ecográficos. Para ello, cuenta con material sanitario necesario para realizar las exploraciones ginecológicas: entre otros, un ecógrafo y una camilla ginecológica. Las IA también se realizan en esta misma consulta.
- *Área quirúrgica.* En quirófano se realizan la punción folicular y la posterior transferencia embrionaria. Está dotado, entre otros, con una mesa quirúrgica con perneras, un ecógrafo, un respirador, monitor de constantes, una mesa instrumental y una estufa donde se guardan los tubos que llevan el medio de cultivo.
- *Unidad de corta estancia.* La mayoría de técnicas empleadas en reproducción asistida no precisan de una estancia prolongada.
- *Área para la recogida de semen* en las condiciones adecuadas para garantizar la intimidad.
- *El laboratorio* formado por tres secciones principales que deben estar adecuadamente interconectadas:
 - *Laboratorio FIV/ICSI.* En esta área se crean los embriones mediante la unión de los gametos de las parejas, a través de técnicas de FIV e ICSI. Se trata de un espacio físico con acceso restringido, que debe cumplir determinadas condiciones ambientales. A su vez, debe estar comunicado con el laboratorio de andrología y criopreservación, y la sala de punción ovárica y transferencia embrionaria.
 - *Laboratorio de andrología.* En él se llevan a cabo múltiples funciones como el estudio básico del semen, la capacitación espermática y la criopreservación seminal.

- *Laboratorio de crioconservación de embriones.* Está dotado con congeladores de embriones y sistema antirrobo para crioconservar aquellos embriones que no hayan sido transferidos a la mujer.
- *Laboratorio de diagnóstico genético preimplantacional (DGP).* No todos los centros disponen de este laboratorio. Se trata de un área en el que se llevan a cabo tareas de biopsia embrionaria y análisis genético para detectar embriones con enfermedades cromosómicas o genéticas, obteniendo así un diagnóstico antes de la transferencia embrionaria, y por tanto, antes del embarazo.

4.3. Las repercusiones psicosociales derivadas de las Técnicas de Reproducción Asistida en las parejas

De los artículos seleccionados, nueve de ellos se refieren a las repercusiones psicosociales derivadas de las TRA.

Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila afirman en su artículo que el estado emocional de las parejas evoluciona a medida que se van sucediendo las diferentes fases de los ciclos de tratamiento. Surge lo que ellos denominan un “carrusel de emociones” positivas y negativas que se alternan en un corto periodo de tiempo, y cuya intensidad depende de variables individuales como la predisposición a la ansiedad o la presencia de síntomas depresivos anteriores al tratamiento (9).

Al inicio del ciclo, destacan la ilusión, la esperanza y el optimismo, dando paso a la preocupación y la obsesión durante el periodo de espera, para que finalmente sean sustituidos por la desilusión, la tristeza y la frustración cuando el resultado de la prueba sea negativo. Esta alternancia de emociones se repite en cada ciclo, lo cual genera un gran desgaste emocional y sufrimiento en las parejas, aunque el mayor impacto emocional tiene lugar tras el primer ciclo de tratamiento (9).

Estos autores refieren que, a lo largo de un ciclo de FIV, las emociones negativas se elevan en relación al nivel basal durante la punción folicular, la transferencia embrionaria, y se incrementan aún más cuando el ciclo no es exitoso. Además, si durante la estimulación ovárica la mujer no dispone de un número suficiente de óvulos, el ciclo se puede llegar a cancelar, lo que incrementa los niveles de ansiedad y estrés incluso más que en las situaciones anteriores (9).

Serrano, Godoy y Romero realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de analizar cómo influían las TRA en las pacientes. Incluyeron a 28 mujeres en edad fértil de entre 28 y 41 años sometidas a TRA (64% IA y 36% FIV). Según los resultados obtenidos, 26 pacientes sintieron tristeza y casi todas mostraron ansiedad. En algún momento, el

57% se sintió irritable y el 71% mostró desesperanza. En cambio, la alteración que menos percibieron fue la depresión. Según las autoras, todas las mujeres mostraron alguna alteración emocional, y más de la mitad, varias alteraciones (10).

Al preguntarles, de acuerdo a su consideración, qué fase les resultó más dura, todas las pacientes coincidieron en señalar el dolor al autoadministrarse la medicación, y sobre todo, el periodo de espera hasta conocer el resultado, ya que es precisamente cuando más estrés se genera (10).

García realizó un estudio cualitativo con el fin de construir un vínculo de filiación en las usuarias de las TRA. Incluyó a 12 mujeres (y sus respectivas parejas) de entre 29 y 40 años, en tratamiento de FIV/ICSI en la URA del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) que ya se habían sometido a una punción folicular o transferencia embrionaria. La autora analizó las repercusiones que tenían las TRA sobre las mujeres y sus parejas en diferentes categorías (11).

En lo referente a las repercusiones que percibieron a nivel psíquico, las participantes comentaron sentirse “nerviosa, alterada, muy llorona”, “irascible”, “histérica, le contesto mal a todo el mundo”, “con cambios de humor”. Incluso una participante refirió que lo pagaba con la pareja, por lo que afectó a la relación (11).

Otro apartado de la investigación se centró en las frases estereotipadas que debían soportar las/os usuarias/os de las TRA. Entre ellas, destacaban: “¡Qué! ¿Y los niños para cuándo?”, “¿cuándo os vais a animar?” o “se os va a pasar el arroz. Como lo dejéis más, tendréis niños subnormales” (11).

La depresión, la ansiedad y el estrés se han convertido en un clásico al tratar sobre las alteraciones emocionales presentes en las parejas sometidas a TRA. La revisión sistemática realizada por Ying, Wu y Loke analizó las diferencias de género con respecto a las reacciones emocionales durante la FIV. Según los resultados obtenidos, las mujeres destacaban como fases críticas la punción folicular, la transferencia embrionaria, y principalmente, el tiempo de espera que transcurre desde la transferencia hasta la prueba de embarazo. De hecho, tanto hombres como mujeres presentaron durante dicho periodo de espera altos niveles de estrés psicológico. Además, en el caso de las mujeres, los siete días anteriores a la prueba, los niveles de ansiedad y estrés se incrementaron considerablemente. En cambio, en el caso de los hombres, sólo se percibió un aumento de los niveles de depresión, ya que los niveles de ansiedad se mantuvieron más o menos estables durante el tratamiento. Por tanto, según concluye la revisión sistemática, el tratamiento tiene mayor impacto negativo en

las mujeres, y son ellas precisamente más propensas a presentar mayores niveles de ansiedad y depresión que los hombres (12).

Miranda, Bonilla, Rodríguez y Álvarez realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión en 50 mujeres sometidas a TRA (IA o FIV/ICSI) en la URA del Complejo Hospitalario de Jaén. Para ello, utilizaron el Inventario de Depresión de Beck-II (13).

De acuerdo a los resultados obtenidos, en función del grado de depresión identificado, las autoras confirmaron que el 48% (24 mujeres) presentaron un grado mínimo de depresión, seguido de un 20% (10 pacientes) que obtuvieron un grado leve. Del 32% restante, el 16% (8 mujeres) presentaron un grado moderado, y el otro 16%, un grado grave (13).

Las autoras relacionaron la depresión con otras variables como la edad de las mujeres, los años de esterilidad y la causa de infertilidad o esterilidad. Con respecto a los años de esterilidad, dividieron dos grupos: menos de dos años (G1) y más de dos años (G2). El G1 fue un grupo menos numeroso y presentó grados de depresión inferiores a los del G2, sin embargo, esas diferencias fueron significativas (13).

En función de la edad de las mujeres, las autoras clasificaron tres grupos: menores de 30 años (G1), entre 30-35 años (G2) y mayores de 35 años (G3). Los resultados obtenidos señalaron que el G1 fue el grupo que mayor grado de depresión mostró, seguido por el G2, y G3 en última posición. En cambio, en lo referente a las causas de esterilidad (masculina, femenina, mixta o desconocida), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (13).

Las autoras concluyen destacando que existe un alto porcentaje de mujeres con depresión en la URA del Complejo Hospitalario de Jaén (13).

Dos artículos analizaron las repercusiones psicológicas asociadas al fracaso de las TRA. El primero de ellos, la revisión sistemática realizada por Ying, Wu y Loke, afirmó que, si el resultado de la prueba de embarazo era negativo, aumentaban los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres. Pero si el resultado del ciclo era positivo, ambos niveles disminuían, y en el caso de los hombres, decrecían también los niveles de depresión (12).

En el segundo de ellos, los resultados obtenidos por Milazzo, Mnatzaganian, Elshaug, Hemphill y Hiller señalaron que no lograr el embarazo tras el ciclo de tratamiento, se relacionaba positivamente con la depresión y ansiedad en hombres y mujeres. En cambio, el éxito de las TRA disminuía los niveles de depresión, aunque no existían

diferencias estadísticamente significativas en lo referente a los niveles de ansiedad (14).

Según los autores, los ocho estudios que analizaron la adaptación emocional de las parejas tras el fracaso de la TRA, coincidieron en señalar que las mujeres experimentaban una mayor alteración emocional que los hombres, la cual incluía aumento de la frustración, impotencia, culpa, menor satisfacción y menor alegría (14).

Un artículo incluido en la revisión aborda la relación existente entre el desajuste emocional que se produce como consecuencia de las TRA y la tasa de éxito de los mismos. El estudio realizado por Terzioglu et al. pretendía confirmar la hipótesis de que las mujeres que presentaban mayores niveles de ansiedad, obtenían peores resultados en las TRA. Pero dicho estudio no obtuvo diferencias significativas entre la ansiedad-estado de las mujeres que se quedaron embarazadas y las que no. Por ello, no pudo evidenciar que la ansiedad-estado afectara estadísticamente al logro del embarazo mediante TRA (15).

Otro aspecto a tener en cuenta a lo largo de este proceso, son las parejas cuya esterilidad es debida al factor masculino. Los hombres perciben la infertilidad y su posterior tratamiento como un ataque a su virilidad, fundamentalmente, por la falsa creencia de asociarla con la disminución de la masculinidad. Además, se sienten más estigmatizados y experimentan baja autoestima (16).

El estudio cualitativo realizado por Arya y Dibb analizó la experiencia de la infertilidad desde la perspectiva masculina. Dicho estudio recogió los testimonios de varios varones que según referían se sentían “menos hombre” por no poder dejar embarazadas a sus mujeres. Además, uno de los participantes, comentó sentirse “un inútil” por no ser capaz de traspasar sus genes. Otro participante refirió sentirse incómodo al ver embarazadas en televisión o al pasar por un parque infantil. Dicho estudio también aludió a la exclusión percibida por los varones durante el tratamiento, ya que sentían que la mujer era el centro de atención. Los autores llegaron a la conclusión de que para los hombres las TRA también suponen una experiencia negativa, ya que se sienten ignorados y aislados, junto con el estigma social aún presente (16).

Las TRA no solo afectan a la dimensión emocional, sino que también tienen efectos negativos en la relación de pareja y el funcionamiento sexual. Con respecto a la relación de pareja, Milazzo, Mnatzaganian, Elshaug, Hemphill y Hiller incluyeron en su revisión sistemática y meta-análisis cuatro estudios que confirmaban que cuando el

tratamiento fracasaba, el estrés en la relación de pareja aumentaba, lo cual se asociaba con la insatisfacción matrimonial (14).

La revisión narrativa realizada por Samadaee-Gelekholaee et al., analizó los factores que influían en la satisfacción matrimonial en las parejas infértiles. Según los autores, el tratamiento supone una fuente de estrés para la pareja y cada miembro reacciona de forma diferente. Así, en la misma línea que los anteriores estudios incluidos, las mujeres presentaron reacciones emocionales más intensas que los hombres (17).

Además, el proceso afectó a la sexualidad de la pareja. Las alteraciones emocionales produjeron variaciones en el ámbito sexual referentes al interés, deseo, satisfacción y actividad sexual, y por tanto, conllevaron alteraciones en la satisfacción de la pareja. De ahí que señalen que la satisfacción conyugal, la satisfacción sexual y la calidad de vida están íntimamente relacionadas. Se ha demostrado que una baja calidad de vida y la insatisfacción conyugal pueden finalizar en divorcio. Por el contrario, las personas con alta calidad de vida presentan mayor satisfacción en la relación de pareja (17).

Volviendo al estudio cualitativo realizado por García, cuando la investigadora les preguntó a las pacientes si habían compartido con su familia el hecho de que se estaban sometiendo a TRA, la mayoría respondió que no, y relataron las siguientes justificaciones: “mis padres son muy mayores... para que no sufran”, “porque no queremos alertar a la familia, así estamos más tranquilos nosotros”, “no queremos decir nada para que no se angustien” o “no queremos decir nada, no porque sea algo tabú, sino porque tendríamos que dar explicaciones a cada paso que damos: consultas, ecografías... eso sí nos produce presión, para no tener esa presión preferimos no contar nada” (11).

Con respecto a las amistades, algunas participantes refirieron que sí lo habían compartido, pero otras no. Así, las respuestas obtenidas variaban desde “con mis amigos lo trato muy natural”, hasta “solo es cosa de dos” (11).

El estudio también alude a la información insuficiente recibida y a la interpretación errónea realizada. La investigadora comenta el caso de una mujer de 32 años, en la que llegado el momento de la extracción del líquido folicular, no obtuvo ningún ovocito. Según relata, la mujer se había equivocado en la administración del Ovitrelle® (desencadena la maduración folicular final), ya que en vez de administrárselo 36h antes de la punción, lo había hecho 12h antes. En la misma línea, un marido comentó que en su caso, se equivocaron al diluir el líquido de las inyecciones subcutáneas y la mujer se administró dosis insuficientes, por lo que el primer ciclo no les fue bien. Por ello, en su opinión no deberían dejar en manos de las parejas la ejecución del

tratamiento. Según el testimonio de otro marido, en la unidad debería haber una figura, ya sea médico o enfermera, a quien acudir para que vaya informando de los pasos a seguir. Éste reclama “alguien para poder consultar la multitud de dudas que te asaltan, que te expliquen mejor las técnicas, en qué consisten. Aquí nos vamos enterando sobre la marcha, a salto de mata... y yo creo que no es así... que esto podría mejorar” (11).

4.4. Cuidados de enfermería desde la perspectiva psicosocial en la Unidad de Reproducción Asistida

La revisión bibliográfica realizada por Sibón, analizó el papel que llevan a cabo las enfermeras en el ámbito de la reproducción humana asistida desde la perspectiva psicosocial. En dicha revisión, incluye un estudio realizado por Payne y Goedeke en el que indican que las enfermeras proporcionan apoyo emocional, facilitan información y participan activamente en el cuidado del paciente, además de velar por sus derechos (18).

Según Breidahl, el apoyo consiste en facilitar información completa y expectativas realistas, proporcionar consejo y guía de actuación, y ayudar en la toma de decisiones. Debe realizarse antes, durante y después de los ciclos de tratamiento, independientemente de si éste ha tenido éxito o no (18).

Dos de los estudios incluidos, consideraron la información como uno de los cuidados prioritarios. En el primero de ellos, Dancet et al. realizaron un estudio internacional con el fin de analizar que los pacientes procedentes de diferentes países europeos (Reino Unido, España, Bélgica y Austria) priorizaban los mismos aspectos en el cuidado de la infertilidad. Incluyeron 48 participantes, de los cuales 42 se habían sometido a TRA (IA, FIV, ICSI) (19).

Los resultados confirmaron que, para los pacientes de todos los países participantes, proporcionar información era uno de los cuidados prioritarios. Asimismo, expresaron la necesidad de disponer de un plan que abarcara todas las fases del tratamiento, y valoraron positivamente que la información aportada fuera completa, detallada y que se proporcionara con un lenguaje claro y sencillo (19).

En el segundo de ellos, Gameiro, Canavarro y Boivin realizaron un estudio en Portugal con el fin de determinar cómo las diferentes dimensiones del cuidado centrado en el paciente (comunicación, respeto, competencia, información, accesibilidad, continuidad, organización e implicación) se asociaban directamente con el bienestar individual y en la relación de pareja. Para ello, incluyeron en su estudio a 433 pacientes (parejas heterosexuales) en proceso de diagnóstico o tratamiento en clínicas de fertilidad (20).

Los resultados obtenidos en el estudio mostraron que el cuidado centrado en el paciente mejoraba el bienestar individual y en la relación de pareja. De hecho, uno de los cuidados que más destacaron los pacientes fue la información. Según los autores, tuvo efectos directos e indirectos sobre la ansiedad y la depresión experimentada por las parejas. Así, los efectos directos se refirieron al incremento del conocimiento sobre el proceso por el que están atravesando. En cambio, los efectos indirectos hacían referencia a la disminución de la preocupación relacionada con los procedimientos que debían llevar a cabo (por ejemplo, la punción folicular) (20).

Sibón también plantea el *counseling* como la herramienta de apoyo a utilizar en RA. Es más, Gürhan et al. consideraron el *counseling* como una estrategia para disminuir los problemas y los niveles de estrés (18).

Según los resultados obtenidos en la revisión sistemática realizada por Maleki-Sahooni, Amirian, Sadeghi y Latifnejad, los nueve ensayos clínicos aleatorios (ECA) incluidos confirmaron que la tasa de embarazo fue mayor en las pacientes que habían recibido diferentes métodos de *counseling* (entre otros, mindfulness, técnicas de relajación, expresión emocional o información) frente a las que recibían cuidados rutinarios. Además, todos coincidieron en señalar que el *counseling* redujo los niveles de estrés. Según la revisión, el estrés disminuye la probabilidad de concebir, por tanto, el *counseling* se plantea como un método apropiado para aumentar las probabilidades de embarazo (21).

Mori llevó a cabo un ECA con el objetivo de determinar los efectos de un programa de apoyo llevado a cabo por enfermeras para reducir el estrés relacionado con la infertilidad y su tratamiento. Incluyó a 145 mujeres que llevaran en tratamiento de infertilidad menos de dos años, y las dividió en dos grupos: 99 en el grupo experimental y 44 en el grupo control. La intervención consistió en entregarles a las mujeres una guía con recomendaciones para el manejo del estrés y un diario para que escribiesen sobre el estrés experimentado durante los tres meses que durase la intervención. Una vez al mes, las pacientes enviaban el diario a la enfermera y ésta les devolvía el feedback (22).

Los resultados obtenidos demostraron que el programa no redujo los niveles de ansiedad y estrés experimentados por las pacientes, ni aumentó su satisfacción. En cambio, sí consiguió una mayor calidad de vida en el grupo experimental que en el grupo control. Además, las pacientes adquirieron habilidades para afrontar los problemas (22).

Skiadas et al. realizaron un ECA con el objetivo de determinar si el apoyo emocional proporcionado durante el periodo de tiempo comprendido entre la transferencia embrionaria y la prueba de embarazo, disminuía los niveles de estrés. Incluyeron en el estudio a 131 mujeres sometidas al primer ciclo de FIV con sus propios ovocitos y a las cuales se les realizó la transferencia embrionaria. Las dividieron en dos grupos: 65 mujeres en el grupo experimental y 66 en el grupo control. La intervención consistió en dos llamadas que realizaron los trabajadores sociales durante el periodo de espera (23).

Según los resultados obtenidos, antes de iniciar la intervención, no existían diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de estrés que presentaban ambos grupos. Durante la intervención, los investigadores observaron que a medida que se acercaba el día para realizarse la prueba de embarazo, los niveles de estrés aumentaban. Así, dicho nivel se incrementó de la primera a la segunda llamada. Pasados 10 días de la transferencia embrionaria, los investigadores observaron que ambos grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas referentes al estrés. Por tanto, el estudio confirmó que no hubo cambios significativos tras la intervención. Pese a ello, las pacientes pertenecientes al grupo experimental, en general, consideraron que el apoyo recibido fue útil, aunque opinaron que deberían recibir más apoyo durante esos días (23).

Arslan-Özkan, Okumus y Buldukoglu realizaron un estudio en el que analizaron el efecto que tenían los cuidados de enfermería basados en la Teoría de Watson sobre el estrés, la autoeficacia y la adaptación en mujeres durante el ciclo de FIV. Así, los miembros del grupo experimental se reunieron cada dos o tres días durante 45-90 minutos con la enfermera durante el ciclo de tratamiento. La enfermera ponía en práctica habilidades comunicativas como la escucha activa, la empatía y la motivación, entre otras. Además, llevaba a cabo las siguientes intervenciones: relación de ayuda con el objetivo de mejorar la comunicación, expresión de emociones, resolución de las dudas que pudieran surgir, fomentar el apoyo social y educación sobre ejercicios de relajación. Incluso las enfermeras les recomendaron a las pacientes tener un diario, para evaluar su experiencia durante la entrevista. En cambio, el grupo control recibió los cuidados habituales (24).

Pese a que antes de iniciar la intervención los dos grupos presentaban puntuaciones similares en estrés, autoeficacia y adaptación, tras la intervención el estudio confirmó que el grupo experimental había demostrado un efecto positivo en los mismos, es decir, logró una disminución significativa de los niveles de estrés, y aumento de la autoeficacia percibida y adaptación. Además, la intervención favoreció que las mujeres

comunicaran y aceptasen sus emociones, así como la independencia para resolver problemas. Por tanto, los cuidados de enfermería basados en la Teoría de Watson tuvieron efectos positivos sobre el estrés, la autoeficacia percibida y la adaptación de la mujer (24).

En la revisión bibliográfica, Sibón también se refiere a la continuidad de cuidados, ya que, según el autor, mejora la relación entre profesionales y pacientes, lo cual es clave para promover el apoyo y el optimismo, y así aumentar su bienestar. De hecho, Gameiro, Canavarro y Boivin señalaron en su estudio la continuidad de cuidados como una de las prioridades junto con la información, puesto que permitió a los pacientes aumentar la tolerancia al tratamiento, lo que facilitó a las parejas cumplir con las recomendaciones relacionadas al mismo, y así, finalizar el tratamiento (18, 20).

Asimismo, el autor de la revisión recalca que en la continuidad de cuidados está implícita la disponibilidad de la enfermera, tanto de forma presencial como telefónica, para resolver las dudas o preocupaciones que vayan surgiendo a lo largo del proceso (18).

En el estudio realizado por Dancet et al., los participantes coincidieron en señalar la accesibilidad, junto con la información, como el otro de los cuidados prioritarios. Las pacientes pretendían poder contactar con el equipo de la URA de forma sencilla para así resolver sus dudas acerca del tratamiento (19).

Castells-Ayuso, Berenguer-Labaig, Sánchez-Martín y Sánchez-Martín determinaron en su estudio que el cuidado personalizado, en el que la enfermera desempeña un papel fundamental, junto con la accesibilidad proporcionada por la misma mediante un número de teléfono de consulta directa, aumentaron la puntuación de FertiQoL¹, y por tanto, mejoraron la calidad de vida. Consecuentemente, aumentó la satisfacción y el bienestar de las parejas, lo cual se relacionó con mejores tasas de embarazo (25).

Sibón también alude a la labor educativa que realizan las enfermeras en la URA. Bredahl define la educación en RA como un proceso cuyo fin es que las parejas participen activamente en su salud y asuman parte de la responsabilidad del tratamiento, para así mejorar su actitud, aceptación y resultados. Según dicha autora, la educación se puede llevar a cabo individualmente o de forma colectiva, pero siempre debe ir acompañada de información escrita (18).

¹ El FertiQoL es una herramienta internacional, validada en 30 idiomas, que mide el impacto que la infertilidad y los tratamientos de RA tienen sobre la calidad de vida de las parejas.

Según la misma revisión bibliográfica, la formación también debe ir dirigida a los profesionales de enfermería, ya que las enfermeras que ejercen su labor en la URA requieren una formación específica centrada en las habilidades sociales, la observación, el lenguaje verbal y no verbal, y *counseling*, entre otros (18).

Con respecto a la importancia del trabajo en equipo, Sibón plantea que al trabajar en equipo se producen sinergias que mejoran el cuidado y la humanidad de la atención. Así sugiere que los profesionales de enfermería son idóneos para constituir el centro de atención a las parejas en la URA, ya que son los profesionales que mejor les conocen. Además, actúan como nexo de unión entre las parejas y el resto de profesionales que componen el equipo. Dentro del mismo, las enfermeras también realizan labores gestoras e investigadoras (18).

Para concluir este apartado indicar que, la revisión bibliográfica realizada por Sibón alude a la gran variabilidad existente en la práctica clínica al no disponer de criterios, estándares y protocolos. Entre los cuidados de enfermería, destaca la importancia del apoyo emocional y la disponibilidad para mejorar la calidad de la asistencia; así como la educación en estrategias de afrontamiento para aceptar situaciones emocionalmente costosas como ésta. El autor propone aumentar la colaboración con los profesionales de salud mental en la asistencia de las parejas en la URA, así como fomentar la investigación del *counseling* en España (18).

5. DISCUSIÓN

Las TRA (IA, FIV e ICSI) devuelven a las parejas la esperanza de poder convertirse en padres, aunque a cambio de un costoso proceso que, además de los efectos físicos que genera, también produce repercusiones a nivel psicosocial en ambos miembros de la pareja, especialmente en las mujeres. Así, destacan la tristeza, la frustración, la desesperanza y la irritabilidad, junto con elevados niveles de estrés, ansiedad y síntomas depresivos. Las parejas califican el tiempo de espera tras la transferencia embrionaria hasta el día de la prueba de embarazo como el periodo más duro de todo el proceso. Asimismo, el tratamiento también produce cambios en la relación de pareja y la sexualidad (2, 3, 9, 10, 12, 14, 17).

Cabe destacar que los artículos seleccionados se refieren a las repercusiones que generan las TRA en conjunto o a los ciclos de FIV/ICSI, por lo que se encuentra un vacío referente a la IA. Por ello, se plantea la necesidad de impulsar la investigación acerca de las repercusiones que genera esta última. Incluso resultaría interesante realizar un estudio comparativo entre las repercusiones psicosociales que generan tanto la IA como FIV/ICSI, y cómo afecta cada una de ellas a la calidad de vida.

Igualmente, futuros estudios deberían abordar cómo afectan las TRA en la relación de la pareja con su entorno más próximo (amigos, familia y entorno laboral), así como estudios que profundicen más en las repercusiones que generan en la relación de pareja y la sexualidad.

Los resultados obtenidos demuestran que enfermería, mediante intervenciones tales como el apoyo emocional, proporcionar información, la educación sanitaria, la continuidad de cuidados junto con la accesibilidad, una adecuada relación enfermera-paciente y el trabajo en equipo es capaz de mejorar la calidad de vida de las parejas. Si bien es cierto que no todos los artículos se refieren a intervenciones realizadas por enfermeras, los profesionales de enfermería están capacitados para realizar todas las intervenciones propuestas en la revisión (18, 20, 21, 23-25).

Aun así, en función de los resultados obtenidos, se plantea la necesidad de ampliar los estudios que analicen la eficacia de las intervenciones que realiza enfermería sobre la calidad de vida de las parejas. Además, éstos deberían identificar las intervenciones prioritarias, su duración, la frecuencia, si se debería realizar de forma grupal o individual y clarificar cuál podría ser el rol de enfermería durante estas intervenciones. Igualmente, se deberían llevar a cabo investigaciones que describieran las intervenciones de enfermería para mejorar la relación de pareja y la sexualidad de las parejas.

En lo referente a la formación de enfermería, la legislación vigente, es decir, el Real Decreto 413/1996, de 1 de marzo, no regula ninguna disposición por la que las enfermeras deban poseer formación específica para ejercer en la URA. Por lo que la titulación exigida es el Grado de Enfermería (8).

Tras la revisión realizada, y en función de los resultados obtenidos, por la complejidad de las técnicas y el gran impacto psicosocial que generan las mismas, se plantea que las enfermeras deberían poseer formación especializada con conocimientos sobre fisiopatología del aparato reproductivo, legislación, sexualidad humana, TRA, habilidades comunicativas y apoyo psicosocial (por ejemplo, formación en estrategias de *counseling*), entre otros. En este sentido, se sugiere que las matronas son las profesionales idóneas para trabajar en la URA.

En la misma línea, se propone que la práctica profesional de la URA debería estandarizarse y protocolizarse al objeto de minimizar la variabilidad existente en la práctica clínica actual.

El análisis de los resultados obtenidos, sugiere que las enfermeras de la URA fomenten la creación de grupos de autoayuda en parejas heterosexuales sometidas a TRA, pudiendo resultar de aplicación al caso, una metodología similar al programa "Paciente Activo" de Osakidetza, aunque con diferente propósito y contenido.

Se presenta esta idea con el fin de proporcionar a las parejas un espacio y tiempo para la conversación entre iguales. Así se sugiere que varias parejas heterosexuales que antiguamente fueron sometidas a TRA, compartan su vivencia con aquellas que inician o se encuentran inmersas en el proceso, abordando, sobre todo, las repercusiones derivadas de las TRA sobre la dimensión psíquica (como las emociones y los principales miedos que experimentaron) y social (en relación al ámbito familiar, amistades, entorno laboral, relación de pareja y sexualidad). Consecuentemente, las parejas comprobarán que hay más personas que se encuentran en su misma situación y que están experimentando lo mismo que ellos, por lo que les será más sencillo abrirse y compartir con los demás su vivencia. Así, mediante la expresión de emociones, se persigue reducir el impacto que generan las TRA sobre los aspectos psicosociales de las personas.

Para las enfermeras este proceso también sería enriquecedor por cuanto les permitiría profundizar en las vivencias de las parejas e identificar las lagunas de conocimiento que presentan, con el objetivo de proporcionar cuidados de calidad que satisfagan todas sus necesidades desde la perspectiva psicosocial e incluso identificar alteraciones susceptibles de derivar a otros profesionales.

6. CONCLUSIONES

El equipo de reproducción, en función de los resultados obtenidos en el estudio y las características de la pareja, les propondrá la TRA idónea para su caso. Así, destacan las siguientes TRA: IA, FIV e ICSI, que constan de diferentes etapas bien diferenciadas. Según los criterios establecidos en el SNS, las parejas dispondrán de un máximo de cuatro ciclos de IAC y tres ciclos de FIV/ICSI. Asimismo, la mujer deberá ser menor de 40 años en el momento de iniciar el estudio de esterilidad.

La complejidad de las TRA requiere el abordaje de un equipo multidisciplinar (entre los que se encuentra enfermería) y una URA dotada con los espacios físicos idóneos para llevar a cabo el tratamiento: recepción, sala de espera, consulta de enfermería, consulta médica, área quirúrgica, la unidad de corta estancia, el área para la recogida de semen y el laboratorio (consta de tres secciones principales: el laboratorio de FIV/ICSI, el laboratorio de andrología y el laboratorio de crioconservación de embriones).

Se ha demostrado que las TRA generan un gran impacto psicosocial, especialmente en las mujeres. Las parejas experimentan un “carrusel de emociones” positivas (ilusión, esperanza y optimismo) y negativas (preocupación, desilusión, tristeza, frustración, irritabilidad, desesperanza) que se alternan en un corto periodo de tiempo a medida que evoluciona el ciclo de tratamiento.

Las mujeres califican la punción folicular, la transferencia embrionaria, y principalmente el periodo de espera hasta la prueba de embarazo como fases críticas, en las que el estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos se incrementan considerablemente. Si el ciclo fracasa, los niveles de ansiedad y síntomas depresivos aumentarán. En cambio, si el resultado es positivo, los niveles de depresión disminuirán.

Las TRA también repercuten en la relación de pareja y sexualidad. El tratamiento representa una fuente de estrés para la pareja, y por tanto, genera insatisfacción matrimonial. En lo referente a la sexualidad, se producen alteraciones en el interés, el deseo, la satisfacción y la actividad sexual.

Los resultados obtenidos en relación a los cuidados de enfermería señalan que, al proporcionar información completa y detallada, con un lenguaje claro y sencillo, disminuyen la ansiedad y los síntomas depresivos en las parejas. Asimismo, el *counseling* se plantea como una estrategia que disminuye el estrés, y por tanto, aumenta las probabilidades de concebir. Igualmente, la educación sanitaria

proporcionada por las enfermeras posibilita que las parejas participen en su salud y se responsabilicen del tratamiento.

La continuidad de cuidados permite mejorar la relación entre profesionales y pacientes, y así aumentar su bienestar. Los resultados obtenidos señalan el cuidado personalizado, la disponibilidad y la accesibilidad por parte de la enfermera (mediante contacto directo o telefónico) como otras de las prioridades con el fin de consultar las dudas generadas a cerca del tratamiento. Además, según un estudio incluido, mejoran la calidad de vida de las parejas.

Los resultados también se refieren a la formación específica requerida por enfermería para ejercer su labor en la URA, así como al trabajo en equipo, ya que permite mejorar el cuidado y la humanización de la atención.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Matorras R, Crisol L. Fertilidad e Infertilidad humanas. En: Matorras R, editor. Libro Blanco Sociosanitario "La Infertilidad en España: Situación actual y perspectivas" [Libro en Internet]. Madrid: Imago Concept & Image Development; 2011 [fecha de acceso 22 de diciembre de 2017]. p. 31-42. Disponible en: http://www.merck.es/www.merck.es/es/images/Libro%20Blanco_infertiidad_tcm503_90692.pdf
- (2) Molero D, Hernández J, Matorras R. Tratado de Reproducción Humana para Enfermería. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
- (3) Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) [monografía en Internet]. Chile: Red Latinoamericana de Reproducción Asistida; 2009 [fecha de acceso 27 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/es/
- (4) García JA, Schneider J. Enfermería en reproducción humana. Madrid: Dykinson; 2007.
- (5) Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Boletín Oficial del Estado, nº 126, (27 de mayo de 2006).
- (6) Sociedad Española de Fertilidad. Registro Nacional de actividad 2015 - Registro SEF [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [fecha de acceso 20 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.cnrha.msssi.gob.es/registros/pdf/Informe_Global_Registro_actividad_2015.pdf
- (7) Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actuación. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (6 de noviembre de 2014).
- (8) Real Decreto 413/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida. Boletín Oficial del Estado, nº 72, (23 de marzo de 1996).

- (9) Antequera R, Moreno-Rosset C, Jenaro C, Ávila A. Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. Papeles del psicólogo [revista en Internet] 2008 [fecha de acceso 7 de febrero de 2018]; 29(2): 167-75. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1583.pdf>
- (10) Serrano MI, Godoy I, Romero I. Enfermería en las técnicas de reproducción asistida. En: Gázquez JJ, coordinador. Avances de investigación en salud volumen II [Libro en Internet]. España: ASUNIVEP; 2016 [fecha de acceso 27 de diciembre de 2017]. p. 357-64. Disponible en: https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_1.pdf
- (11) García MI. Reproducción asistida: construcciones culturales y simbólicas del vínculo de filiación, del cuerpo y relaciones sociales. Rev Paraninfo Digital [revista en Internet] 2009 [fecha de acceso 30 de diciembre de 2017]; (7): 1-19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/pdf/pdf.php?p=1110>.
- (12) Ying L, Wu LH, Loke AY. Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. J Assist Reprod Genet [revista en Internet] 2016 [fecha de acceso 3 de febrero de 2018]; 33(2): 167-79. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4759000/>
- (13) Miranda MD, Bonilla AM, Rodríguez V, Álvarez C. Depresión en mujeres tratadas con técnicas de reproducción asistida. Visión de la matrona. Rev Paraninfo Digital [revista en Internet] 2015 [fecha de acceso 22 de enero de 2018]; (22): 1-8. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/363.pdf>
- (14) Milazzo A, Mnatzaganian G, Elshaug AG, Hemphill SA, Hiller JE. Depression and anxiety outcomes associated with failed assisted reproductive technologies: a systematic review and meta-analysis. PLoS One [revista en Internet] 2016 [fecha de acceso 15 de febrero de 2018]; 11(11): 1-19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5106043/>
- (15) Terzioglu F, Turk R, Yucel C, Dilbaz S, Cinar O, Karahalil B. The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. Afr Health Sci [revista en Internet] 2016 [fecha de acceso 28 de diciembre de 2018]; 16(2): 441-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4994561/>
- (16) Arya ST, Dibb B. The experience of infertility treatment: the male perspective. Hum Fertil (Camb) [revista en Internet] 2016 [fecha de acceso 7 de febrero de 2018]; 19(4): 242-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5152535/>

- (17) Samadaee-Gelekholaee K, McCarthy BW, Khalilian A, Hamzehgardeshi Z, Peyvandi S, Elyasi F, et al. Factors associated with marital satisfaction in infertile couple: a comprehensive literature review. *Glob J Health Sci* [revista en Internet] 2016 [fecha de acceso 28 de diciembre de 2017]; 8(5): 96-109. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877237/>
- (18) Sibón GM. Papel de las enfermeras en reproducción asistida: dimensión emocional. *Metas Enferm* [revista en Internet] 2015 [fecha de acceso 30 de diciembre de 2017]; 18(2): 60-7. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80712/>
- (19) Dancet EA, D'Hooghe TM, Sermeus W, van Empel I, Stronhmer H, Wyns C, et al. Patients from across Europe have similar views on patient-centred care: an international multilingual qualitative study in infertility care. *Hum Reprod* [revista en Internet] 2012 [fecha de acceso 22 de enero de 2018]; 27(6): 1702-11. Disponible en: <https://academic.oup.com/humrep/article/27/6/1702/618274>
- (20) Gameiro S, Canavarro MC, Boivin J. Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Educ Couns* [revista en Internet] 2013 [fecha de acceso 28 de diciembre de 2017]; 93(3): 646-54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399113003224?via%3Dihub>
- (21) Maleki-Saghooni N, Amirian M, Sadeghi R, Roudsari RL. Effectiveness of infertility counseling on pregnancy rate in infertile patients undergoing assisted reproductive technologies: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod BioMed* [revista en Internet] 2017 [fecha de acceso 29 de diciembre de 2017]; 15(7): 391-402. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1934340305/C4D65873013949DEPQ/1?accountid=17248>
- (22) Mori A. Supporting stress management for women undergoing the early stages of fertility treatment: a cluster-randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci* [revista en Internet] 2009 [fecha de acceso 28 de diciembre de 2017]; 6(1): 37-49. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7924.2009.00119.x/abstract;jsessionid=3F694DF544CC5256F82C6525E2D4A787.f02t02>

- (23) Skiadas CC, Terry K, De Pari M, Geoghegan A, Lubetsky L, Levy S, et al. Does emotional support during the luteal phase decrease the stress of in vitro fertilization? *Fertil Steril* [revista en Internet] 2011 [fecha de acceso 22 de enero de 2018]; 96(6): 1467-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028211026033?via%3Dihub>
- (24) Arslan-Özkan I, Okumuş H, Buldukoğlu K. A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *J Adv Nurs* [revista en Internet] 2014 [fecha de acceso 22 de enero de 2018]; 70(8): 1801-12. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12338/abstract>
- (25) Castells-Ayuso P, Berenguer-Labaig C, Sánchez-Martín P, Sánchez-Martín F. La enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida en la reproducción asistida. *Enferm Clínica* [revista en Internet] 2015 [fecha de acceso 27 de diciembre de 2017]; 25(3): 110-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115000376>

ANEXO I: estrategias de búsqueda empleadas y resultados obtenidos en las diferentes bases de datos tras la primera búsqueda

Fuente: elaboración propia.

Base de datos	DeCS / MeSH / palabra clave	Filtros	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados
Dialnet	“Reproducción asistida” AND “enfermería”		10	1
	“Reproducción asistida” AND “calidad de vida”		7	1
	“Reproducción asistida” AND “enfermería” AND “calidad de vida”		0	0
Pubmed	"reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms] AND ("nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing"[MeSH Terms])	10 años Inglés, español	33	1
	"reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms] AND ("nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing"[MeSH Terms]) AND "quality of life"[MeSH Terms]		1	0
	"reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms] AND "quality of life"[MeSH Terms]		125	3
Proquest	"assisted reproductive techniques" AND ("nursing care" OR "nursing") AND ("quality of life")	2008-2018 Evaluado por expertos	53	1
	"assisted reproductive techniques" AND ("nursing care" OR "nursing")	Revista científica	113	0
	"assisted reproductive techniques" AND "quality of life"	Inglés	170	0
Cuiden	“reproducción asistida” AND “calidad de vida”	Artículo	6	0
	“reproducción asistida” AND (“enfermería” OR “atención de enfermería”)		20	1
	“reproducción asistida” AND (“enfermería” OR “atención de enfermería”) AND “calidad de vida”		4	0

Base de datos	DeCS / MeSH / palabra clave	Filtros	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados
BVS	"técnicas reproductivas asistidas" AND "calidad de vida"	2008-2018	43	0
	"técnicas reproductivas asistidas" AND ("enfermería" OR "atención de enfermería")	Inglés, español	51	1
	"técnicas reproductivas asistidas" AND ("enfermería" OR "atención de enfermería") AND "calidad de vida"		5	0

ANEXO II: estrategias de búsqueda empleadas y resultados obtenidos en las diferentes bases de datos tras la segunda búsqueda

Fuente: elaboración propia.

Base de datos	DeCS / MeSH / palabra clave	Filtros	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados
Dialnet	("ansiedad" OR "depresión" OR "estrés psicológico" OR "sexualidad" OR "emociones") AND "reproducción asistida"		75	0
	("ansiedad" OR "depresión" OR "estrés psicológico" OR "sexualidad" OR "emociones") AND "reproducción asistida" AND "enfermería"		0	0
	("ansiedad" OR "depresión" OR "estrés psicológico" OR "sexualidad" OR "emociones") AND "reproducción asistida" AND "calidad de vida"		2	0
	("ansiedad" OR "depresión" OR "estrés psicológico" OR "sexualidad" OR "emociones") AND "reproducción asistida" AND "enfermería" AND "calidad de vida"		0	0
Pubmed	("Anxiety" [MeSH Terms] OR "Depression" OR "stress, psychological" OR "sexuality" [MeSH Terms] OR "emotions" [MeSH Terms]) AND "reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms]	10 años Inglés, español	431	5
	("Anxiety" [MeSH Terms] OR "Depression" OR "stress, psychological" OR "sexuality" [MeSH Terms] OR "emotions" [MeSH Terms]) AND "reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms] AND ("nursing" [MeSH Terms] OR "nursing care" [MeSH Terms])		9	0
	("anxiety"[MeSH Terms] OR "depression"[MeSH Terms] OR "sexuality"[MeSH Terms] OR "emotions"[MeSH Terms] OR "stress, psychological"[MeSH Terms]) AND "reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms] AND "quality of life"[MeSH Terms]		44	0

Base de datos	DeCS / MeSH / palabra clave	Filtros	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados
Pubmed	("Anxiety" [MeSH Terms] OR "Depression" OR "stress, psychological" OR "sexuality" [MeSH Terms] OR "emotions" [MeSH Terms]) AND "reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms] AND ("nursing" [MeSH Terms] OR "nursing care" [MeSH Terms]) AND "quality of life"[MeSH Terms]	10 años Inglés, español	0	0
Proquest	("anxiety" OR "depression" OR "emotions" OR "sexuality" OR "stress, psychological") AND "reproductive techniques, assisted"	2008-2018 Evaluado por expertos	71	0
	("anxiety" OR "depression" OR "emotions" OR "sexuality" OR "stress, psychological") AND "reproductive techniques, assisted" AND ("nursing" OR "nursing care")	Revista científica Inglés	14	0
	("anxiety" OR "depression" OR "emotions" OR "sexuality" OR "stress, psychological") AND "reproductive techniques, assisted" AND "quality of life"		25	0
	("anxiety" OR "depression" OR "emotions" OR "sexuality" OR "stress, psychological") AND "reproductive techniques, assisted" AND ("nursing" OR "nursing care") AND "quality of life"		6	0
Cuiden	("ansiedad" OR "depresión" OR "estrés" OR "emociones" OR "sexualidad") AND "reproducción asistida"	Artículo	14	1
	("ansiedad" OR "depresión" OR "estrés" OR "emociones" OR "sexualidad") AND "reproducción asistida" AND ("enfermería" OR "atención de enfermería")		5	0
	("ansiedad" OR "depresión" OR "estrés" OR "emociones" OR "sexualidad") AND "reproducción asistida" AND "calidad de vida"		4	0
	"ansiedad" OR "depresión" OR "estrés" OR "emociones" OR "sexualidad" AND "reproducción asistida" AND "enfermería" OR "atención de enfermería" AND "calidad de vida"		3	0

Base de datos	DeCS / MeSH / palabra clave	Filtros	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados
BVS	("ansiedad" OR "depresión" OR "emociones" OR "estrés psicológico" OR "sexualidad") AND "técnicas reproductivas asistidas"	2008-2018 Inglés, español	142	2
	("ansiedad" OR "depresión" OR "emociones" OR "estrés psicológico" OR "sexualidad") AND "técnicas reproductivas asistidas" AND ("enfermería" OR "atención de enfermería")		9	0
	("ansiedad" OR "depresión" OR "emociones" OR "estrés psicológico" OR "sexualidad") AND "técnicas reproductivas asistidas" AND "calidad de vida"		0	0