



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**UVa**

**Curso 2021-2022**

**Trabajo de Fin de Grado**

**Disminución de la ansiedad en  
Reproducción Humana  
Asistida. Intervención enfermera  
necesaria.**

**Laura de la Torre García**

**Tutora: M<sup>a</sup> Concepción del Pino Ortega**

**Cotutora: M<sup>a</sup> Reyes Velázquez Barbado**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, a M<sup>a</sup> Concepción del Pino Ortega y a M<sup>a</sup> Reyes Velázquez Barbado que desde el primer momento transformaron una idea en algo tangible.

A mi padre, Pedro de la Torre Yugueros y a mi madre, M<sup>a</sup> Ángeles García Torres por el apoyo brindado durante los cuatro años de carrera, pero sobre todo por enseñarme a querer y a cuidar a las personas.

A mi hermano, Roberto de la Torre García por permitirme ilustrarle con nuevos conocimientos, por admirarme a su manera.

A Carlos González Duque, por ayudarme con la parte más numérica del trabajo y por darme la mano, siempre.

A Sara Fernández Carretero, Natalia García Blanco, Javier Cano Pérez y cada compañero que ya es amigo.

Por último, a mi tía M<sup>a</sup> Mercedes González de la Torre que vio en mis ojos hace doce años el deseo de una profesión que yo desconocía. Gracias, por no haber dudado nunca de mi capacidad, por sembrar en mí el germen del cuidado a la mujer, por ser la mejor matrona que conozco.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La ansiedad es un síntoma que acompaña a las mujeres sometidas a Técnicas de Reproducción Humana Asistida y a sus parejas, que empeora su calidad de vida. Desde que la enfermera se incorporó a los equipos de tratamiento de RHA ha estado otorgando apoyo emocional como principal intervención para reducir los niveles de esta.

**OBJETIVOS:** Demostrar que el apoyo emocional que proporcionan las enfermeras de la URHA del HCUV reduce el nivel de ansiedad de los usuarios/as, así como cuantificar el grado de satisfacción de estos, el nivel de ansiedad que sufren y relacionar ese nivel con el conocimiento de la causa de su discapacidad reproductiva.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional descriptivo transversal realizado mediante un cuestionario ad hoc elaborado de forma consensuada por el equipo investigador, dirigido las usuarias/os de la URHA del HCUV durante los meses de febrero a abril de 2022.

**RESULTADOS:** Cuando el nivel de ansiedad de los usuarios/as aumenta, su nivel de satisfacción respecto al apoyo emocional tiende a disminuir. A su vez, no se encuentra relación alguna entre el nivel de ansiedad y el sexo, la edad, los embarazos previos y la fase del tratamiento en la que se encuentran.

**CONCLUSIONES:** Se encuentra una asociación fuerte entre el desconocimiento de la causa de discapacidad reproductiva y el alto nivel de ansiedad. Existe un leve efecto reductor de la ansiedad a través del apoyo emocional de enfermería.

**PALABRAS CLAVE:** enfermera, apoyo emocional, Técnicas de Reproducción Humana Asistida, discapacidad reproductiva, esterilidad, ansiedad.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Anxiety is a symptom that goes hand in hand with women undergoing Assisted Human Reproduction and their partners, and that undermines their quality of life. Ever since nurses joined the teams working on Assisted Human Reproduction, their main role has been to provide emotional support in order to reduce their patients' anxiety levels.

**OBJECTIVES:** On the one hand, to prove that the emotional support provided by nurses working at the Assisted Human Reproduction Unit (URHA) of the University Clinical Hospital of Valladolid (HCUV) reduces the anxiety levels of the users. On the other hand, to assess their level of satisfaction and to trace a connection between that satisfaction level and how well aware they are of the causes that lead to their reproductive disorders.

**METHODOLOGY:** Cross-sectional observational and descriptive study, carried out through an ad-hoc survey drawn up, by consensus, by the research team and addressed to the users of the URHA of the HCUV during the months of February to April 2022.

**RESULTS:** When anxiety levels on patients increase, their satisfaction with the emotional support received decreases. However, no connection was found between the levels of anxiety and their sex, age, previous pregnancies and stage of treatment.

**CONCLUSIONS:** There is a strong correlation between not knowing the causes that lead to reproductive disorders and high-levels of anxiety. Nurses' emotional support appear to have a mild anxiety-reducing effect on patients.

**KEYWORDS:** nurse, emotional support, Assisted Human Reproduction, reproductive disorders, infertility, anxiety.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b> .....	<b>I</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>II</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>III</b>
<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>III</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>8</b>
<i>Búsqueda bibliográfica:</i> .....	8
<i>Diseño metodológico:</i> .....	9
<i>Análisis estadístico:</i> .....	12
<i>Consideraciones ético-legales:</i> .....	12
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>14</b>
<i>Descripción de la muestra:</i> .....	14
<i>Correlación entre las variables:</i> .....	16
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>22</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>28</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>31</b>
ANEXO I- APROBACIÓN CEIM:.....	31
ANEXO II- APROBACIÓN COMITÉ ÉTICO FACULTAD DE ENFERMERÍA: .....	32
ANEXO III- CUESTIONARIO SOBRE LA VALORACIÓN DEL APOYO EMOCIONAL Y LA SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA QUE RECIBEN LAS USUARIAS/OS DE LAS ENFERMERAS QUE ACUDEN A LA URHA DEL HCUV .....	33
ANEXO IV- CÓDIGO QR PARA ACCEDER AL CUESTIONARIO:.....	38

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> DeCS y MeSH utilizados para la búsqueda bibliográfica. ....	8
<b>Tabla 2.</b> Variables de estudio .....	10
<b>Tabla 3.</b> Cronograma de las actividades. ....	11
<b>Tabla 4.</b> Edad según frecuencia .....	14
<b>Tabla 5.</b> Estadísticos por edad. ....	14
<b>Tabla 6.</b> Estadísticos según número de veces acudidas a consulta en URHA.....	14
<b>Tabla 7.</b> Necesidad de recibir ayuda de otro profesional .....	15
<b>Tabla 8.</b> Estadísticos del nivel de ansiedad .....	16
<b>Tabla 9.</b> Asociación de ansiedad y sexo en número de pacientes condicionado por sexo .....	17
<b>Tabla 10.</b> Asociación de ansiedad y sexo en porcentaje de pacientes condicionado por sexo.....	17
<b>Tabla 11.</b> Asociación de ansiedad y existencia de algún embarazo previo en número de pacientes .....	17
<b>Tabla 12.</b> Asociación de ansiedad y existencia de algún embarazo previo en porcentaje de pacientes.....	17
<b>Tabla 13.</b> Asociación entre nivel de ansiedad y el conocimiento de la causa de esterilidad de los pacientes en porcentajes .....	19
<b>Tabla 14.</b> Asociación entre nivel de ansiedad y el conocimiento de la causa de esterilidad de los pacientes .....	19
<b>Tabla 15.</b> Asociación entre nivel de ansiedad y la necesidad de otro profesional en porcentaje.....	19
<b>Tabla 16.</b> Relación entre el nivel de ansiedad y la fase el proceso terapéutico.....	20
<b>Tabla 17.</b> Resumen estadístico de la puntuación de la satisfacción. ....	20

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Pregunta PICO .....	8
<b>Figura 2.</b> Histograma del nivel de ansiedad. ....	16
<b>Figura 3.</b> Contraste gráfico de normalidad. ....	16
<b>Figura 4.</b> Asociación entre nivel de ansiedad y la edad de los usuarios/as. ....	18
<b>Figura 5.</b> Asociación entre el nivel de ansiedad y el conocimiento de la causa del problema reproductivo.....	19
<b>Figura 6.</b> Puntuación de la satisfacción y calidad de la atención .....	21
<b>Figura 7.</b> Contraste grafico de normalidad .....	21
<b>Figura 8.</b> Asociación nivel de ansiedad y grado de satisfacción .....	21

## ABREVIATURAS

FIV: Fecundación In Vitro.

HCUV: Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

IAD: Inseminación Artificial de Donante.

IAH: Inseminación Artificial Homologa.

ICSI: Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RHA: Reproducción Humana Asistida.

SEF: Sociedad Española de Fertilidad.

TFG: Trabajo de Fin de Grado.

TRHA: Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

URHA: Unidad de Reproducción Humana asistida.

# INTRODUCCIÓN

A pesar de que la población del mundo se ha doblado en las últimas cinco décadas y alcanza más de siete mil millones de personas, las tasas de natalidad en países como España revelan un notorio declive alcanzando cifras sin precedentes <sup>1</sup>.

Cada vez se retrasa más la decisión de tener descendencia aumentando progresivamente la edad media de la maternidad. En nuestro país actualmente se sitúa en 32,32 años para el primer hijo <sup>2</sup>.

Al posponer la maternidad unos años, desciende el número de hijos por mujer, el número de nacidos vivos al año y, por tanto, la tasa de natalidad que ha disminuido un 36,2% desde 2008 hasta 2020 <sup>2,3</sup>.

Durante los últimos 40 años las mujeres se han ido incorporando progresivamente al mundo laboral lo que ha provocado cambios socioculturales que intervienen en la decisión de retrasar unos años la maternidad o de declinar la decisión de ser madres <sup>4</sup>. En relación con esta afirmación, existen estudios que demuestran que hay más mujeres trabajadoras sin hijos que con ellos. Resulta intuitivo pensar que el cese de la actividad laboral por parte del sector femenino tenga relación con la dedicación a la maternidad <sup>5</sup>.

Así pues, que las parejas antepongan su estabilidad laboral y económica demora la decisión de concebir un hijo, en muchos casos, lo suficiente como para requerir de Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Las TRHA están definidas por la OMS como: “todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo” <sup>6</sup>.

Como consecuencia de la existencia de las TRHA aparecen nuevas situaciones en diversos ámbitos de la vida de las mujeres. En el ámbito laboral se hallan empresas que promocionan la preservación de la fertilidad congelando los gametos femeninos de sus trabajadoras o de sus parejas por medio de estas técnicas, ofreciéndose a sufragar un porcentaje de la suma de las mismas, para evitar que las mujeres abandonen sus trabajos cuando se las considera más eficientes o con mayor probabilidad de ascenso <sup>7</sup>.

Estas técnicas también permiten la aparición de nuevos modelos de familias, como lo son mujeres solas por elección y parejas homosexuales femeninas que deciden tener un hijo biológico <sup>8</sup>.



Aunque lo cierto es que la mayor parte de los casos en los que se utilizan las TRHA son en parejas heterosexuales que presentan esterilidad, es decir, que llevan 12 meses manteniendo relaciones sexuales frecuentes, sin uso de anticonceptivos y no han logrado ninguna gestación <sup>6,9</sup>.

Está demostrado que la principal causa de esterilidad es la edad avanzada de los progenitores, especialmente de la mujer que sufre un notorio declive en la calidad de sus gametos a partir de los 35 años que se acentúa aún más una vez cumplidos los 38 <sup>9</sup>. Es importante destacar que no es la única causa, entre el 25-35% de los casos de esterilidad de pareja hace referencia a alteraciones en el semen del varón, al igual que existen alteraciones en la estructura y/o función de las órganos reproductores y gónadas de ambos que afectan a la fertilidad <sup>9,10</sup>. Sin olvidar que hasta en un 60% de casos se encuentra una esterilidad de causa mixta o combinada, es decir que confluyen factores de ambos individuos. Por último, en referencia a la causa de esterilidad, es importante conocer que en ocasiones no se logra hallar nunca un diagnóstico que justifique la discapacidad reproductiva de los pacientes <sup>9</sup>.

Como ya se ha mencionado antes, las TRHA son aquellas técnicas que tratan artificialmente de aproximar o unir los gametos de ambos sexos con el objeto de conseguir un embarazo que llegue a término, es decir, ofrecen una vía accesoria para tener un hijo. Pero en ningún caso podrían considerarse como un tratamiento curativo de la esterilidad <sup>11</sup>. Éstas aparecieron a finales del S. XX en Reino unido para dar solución a los problemas de fertilidad de la población y no fue hasta 1984, seis años después del primer nacimiento por Fecundación In Vitro en seres humanos, cuando se logró eso mismo en España <sup>11,12</sup>. El descubrimiento de las TRHA fue acompañado del requerimiento de una legislación acorde a las necesidades de la población y las posibilidades terapéuticas del momento. Así mismo, la primera ley aprobada en España sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida fue la Ley 35/1988, el 22 de noviembre. Tiempo después modificada por la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, que permitió la utilización de preembriones criopreservados con fines de investigación, entre otras muchas medidas que fueron eliminadas con la siguiente modificación. El 26 de mayo se aprueba la Ley 14/2006 que conforma la Ley actual de Reproducción Humana Asistida. La cual deroga las dos citadas anteriormente e impone la limitación de transferencia hasta un máximo de tres embriones por cada transferencia <sup>11,13</sup>.

En la actualidad existen diversas TRHA y la elección dependerá en gran medida del

diagnóstico de esterilidad que se haga a la pareja y/o paciente, así como de su edad, sus antecedentes ginecológicos previos y la calidad de sus gametos <sup>14</sup>.

Entre las técnicas existentes, se distinguen dos grandes grupos <sup>11, 14</sup>:

1. Técnicas de fecundación *in situ* o *intracorpóreas*, que fomentan la unión de los gametos dentro del cuerpo femenino.
  - a) Inseminación artificial homologa (IAH): técnica mediante la cual se deposita el semen de la pareja capacitado a través de una cánula intrauterina en el fondo del útero, para ello la mujer previamente ha sido estimulada durante días con gonadotropinas para obtener folículos de tamaño adecuado.  
Esta técnica requiere de una calidad seminal y recuento de espermatozoides suficiente, así como de la permeabilidad de las trompas de Falopio y el canal genital femenino libre de obstrucciones.
  - b) Inseminación artificial heteróloga o de donante (IAD): se trata de la misma técnica que la anterior salvo por la procedencia del semen, que en vez de ser de la pareja es de un donante, ya bien sea porque la pareja no dispone de espermatozoides (azoospermia), éstos son de mala calidad o que la mujer no posee pareja masculina.
  
2. Técnicas de fecundación *in vitro* o *extracorpóreas*, en las cuales la unión de gametos se realiza fuera de la anatomía femenina y posteriormente se transfieren los embriones al útero de la futura gestante.
  - a) Fecundación in vitro (FIV): con esta técnica se consigue la fecundación en el laboratorio, uniendo los ovocitos en fresco, es decir, el mismo día de la extracción o se pueden utilizar ovocitos vitrificados y conservados obtenidos con anterioridad, al igual que ocurre con el semen.  
Los ovocitos obtenidos se depositan en un medio de cultivo junto con una dilución de los espermatozoides, se deja en una incubadora 24h y se observa si se ha producido fecundación. En el caso de que así sea, se transfiere el embrión al útero en estadio de blastocisto al 5º-6º día.  
En el caso de haber obtenido más de un embrión, se decide el número que se van a transferir, nunca más de tres y los restantes se congelan para posteriores tentativas.

- b) Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI): se trata de una técnica similar a la anterior, con la diferencia de que se introduce solo un espermatozoide dentro del ovocito, facilitando la fecundación en mayor medida, permitiendo a su vez utilizar una muestra seminal de menor calidad.

La ansiedad y el estrés son muy frecuentes en las parejas/mujeres que están recibiendo tratamientos de RHA. Estos síntomas que les acompañan ponen en riesgo el éxito del tratamiento, reduciendo de forma significativa la probabilidad de embarazo, incluso en ocasiones, acaban provocando el abandono del mismo <sup>15, 16, 17, 18</sup>. Estas pacientes no solo sufren frustración al no conseguir éxito en los tratamientos, sino que además les acompaña un sentimiento de pérdida de control sobre sus vidas, por su esterilidad, que les conduce a una notable reducción en la calidad de vida <sup>16, 17</sup>. En muchos casos, las mujeres refieren sentirse solas, incomprendidas por su pareja y/o su entorno; de esta soledad nace la necesidad de recibir apoyo emocional externo, en la mayoría de ocasiones de la mano de la enfermera de Reproducción Humana Asistida. Además, el apoyo emocional de la enfermera mitiga, en cierta forma, el hecho de que no se disponga de atención psicológica asignada a estas unidades en los hospitales de gestión pública.

Hace años, la enfermera no estaba incluida en el equipo de tratamiento de RHA y en los pocos equipos en los que estaba presente realizaba exclusivamente intervenciones técnicas o se limitaba a ser la “ayudante” del médico <sup>19</sup>. En la actualidad, forma parte activa en la atención integral de los pacientes, acompañándolos durante todo el proceso, educando durante el mismo y convirtiéndose en un referente, proporcionando apoyo emocional como principal intervención de enfermería <sup>19</sup>. El apoyo emocional puede entenderse como la capacidad de percibir a través de manifestaciones verbales y no verbales cómo el paciente se siente en cuanto al proceso de su tratamiento, hospitalización, y/o enfermedad. Debería definirse como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente. Al no existir una definición clara, muchas profesionales se limitan a cuidados instrumentales ignorando los aspectos emocionales que posibilitan la relación terapéutica enfermera-paciente <sup>20</sup>. En ocasiones, se menosprecia la ansiedad de los pacientes sin considerar que no solo es la esterilidad la que causa los desajustes emocionales. En muchos casos existen problemas económicos que imposibilitan realizar un tratamiento psicológico privado, baja autoestima, dificultades en las relaciones sexuales y desesperanza ante fracaso en

tratamientos previos, entre otros <sup>21</sup>. En las Unidades de RHA el uso de la empatía y la correcta comunicación conforman los cimientos para proporcionar un apoyo emocional veraz y efectivo <sup>21</sup>. Para su desarrollo, la enfermera ha de poseer un alto nivel de sensibilidad, practicar la escucha activa y considerar al paciente de forma holística, englobando en su totalidad la dimensión física y psicológica <sup>20</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

Desde hace años las enfermeras no se limitan al cuidado de enfermos <sup>22</sup>. Entre sus competencias están: la educación para la salud, la gestión de recursos, la investigación y, por supuesto, el apoyo emocional.

El apoyo emocional se encuentra recogido dentro de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), como una intervención [5270] ante síntomas de estrés, ansiedad o depresión. Al igual que lo es la disminución de la ansiedad [5820]. Ambas consideradas fundamentales en el abordaje de enfermería para el tratamiento de la ansiedad.

Como ya se ha comentado con anterioridad, hace algunos años que las enfermeras se incorporaron como parte activa en el proceso terapéutico de los pacientes sometidos a TRHA y a pesar de que hay muchas publicaciones científicas que demuestran la existencia de ansiedad y estrés durante el proceso terapéutico, no se encuentran artículos que estudien el impacto del apoyo emocional de enfermería como método para lograr la disminución de la ansiedad.

A pesar de ser un tema de candente actualidad, no existen apenas estudios que cuantifiquen la satisfacción que presentan los pacientes sometidos a TRHA en relación con el apoyo emocional prestado por las enfermeras de dichas unidades. Prácticamente todos los trabajos y/o artículos que conciernen la relación terapéutica de enfermería en RHA son revisiones sistemáticas o bibliográficas por lo que no trabajan con nueva información sino con datos ya conocidos.

Por otra parte, estudiar la satisfacción y calidad del apoyo emocional proporcionado a los pacientes durante este proceso es algo que no se ha hecho hasta ahora en la provincia de Valladolid. Por ello y por todo lo explicado con anterioridad, con la previsión de que en los próximos años siga aumentando la cifra de pacientes que se someten a TRHA, sería de interés realizar un trabajo de investigación que evalúe la satisfacción de las/os pacientes que acuden a la Unidad de Reproducción Humana Asistida del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y reciben el apoyo emocional de sus enfermeras, con el propósito de conocer los efectos de esta intervención y mejorar en todos aquellos aspectos modificables hacia una mayor calidad de la atención.

## **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

La hipótesis que se plantea en el presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) es la siguiente:

- El apoyo emocional que proporcionan las enfermeras de la Unidad de Reproducción Humana Asistida del Hospital Clínico Universitario de Valladolid reduce el nivel de ansiedad de las usuarias/os que acuden a dicha unidad.

Objetivo principal:

- Demostrar que el apoyo emocional que proporcionan las enfermeras de la Unidad de Reproducción Humanan Asistida del HCUV reduce el nivel de ansiedad de las usuarias/os que acuden a dicha Unidad.

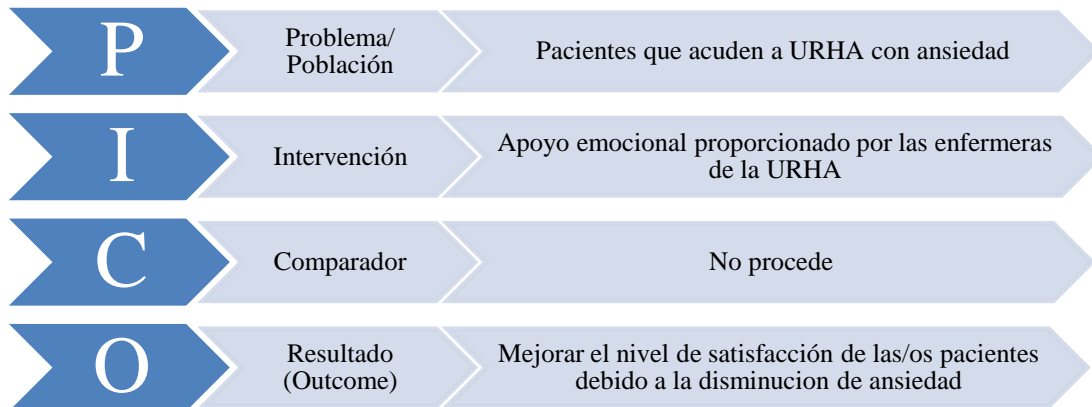
Objetivos secundarios:

- Cuantificar el grado de satisfacción que perciben las usuarias/os de la URHA con el apoyo emocional recibido de las enfermeras.
- Estimar el nivel de ansiedad que sufren.
- Asociar el grado de satisfacción con el nivel de ansiedad que presentan.
- Relacionar el nivel de ansiedad con el conocimiento o desconocimiento de la causa de su discapacidad reproductiva.

# METODOLOGÍA

Para seguir una adecuada estrategia de búsqueda de información se formula la siguiente pregunta de investigación, formato PICO:

¿El apoyo emocional proporcionado por las enfermeras de la Unidad de Reproducción Humana Asistida en pacientes con ansiedad que acuden a la Unidad mejora su nivel de satisfacción? (Figura 1).



**Figura 1.** Pregunta PICO

## **Búsqueda bibliográfica:**

Una vez realizada esta pregunta, comenzó la búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, SciELO, Cochrane Library, en la biblioteca virtual Almena UVa, Dialnet y Google académico.

Para unificar la selección de artículos se han utilizado una serie de palabras clave, definidas por los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Heading) entre los que encontramos (Tabla 1):

**Tabla 1.** DeCS y MeSH utilizados para la búsqueda bibliográfica.

DeCS	MeSh
Fertilidad	Fertility
Apoyo emocional	Emotional support
Ansiedad	Anxiety
Técnicas de Reproducción Asistida	Assisted Human Reproduction
Cuidados a pacientes	Patient-centered care
Enfermera	Nurse
Esterilidad	Infertility
Discapacidad reproductiva	Reproductive disorders

También se utilizaron los operadores booleanos: AND y OR. Así como truncamientos en:

nurs\*, infertil\*, satisf\*, fertil\*, enfermer\* y cuid\*.

Tras varias búsquedas se seleccionaron todos aquellos artículos gratuitos en los cuales se hiciera referencia a las TRHA en la actualidad y se relacionara dichas técnicas con la atención de enfermería. Para ello se utilizaron los siguientes filtros: artículos en lengua inglesa y española, desde el 2012 hasta la actualidad, artículos de revistas científicas y libros publicados. Los artículos que no cumplieron estos criterios o que hicieran referencia a las TRHA como método de preservación de la fertilidad fueron descartados.

Además, se consultan datos de organismos y sociedades científicas: Instituto Nacional de Estadística, Sociedad Española de Fertilidad y Organización Mundial de la Salud.

### **Diseño metodológico:**

Una vez concluida la búsqueda de información, para dar respuesta a la pregunta de investigación se decidió realizar un estudio observacional descriptivo transversal en la URHA del HCUV, hospital de tercer nivel de la red pública del Servicio de Salud de Castilla y León. Dicha Unidad constituye el centro de Referencia para el tratamiento de reproducción asistida de las provincias de León, Palencia, Burgos, Soria, Segovia y Valladolid Este. No posee unidad de apoyo psicológico especializado adscrita a dicho servicio. El área de consultas de la URHA está constituida por la consulta de enfermería, consulta para estudio y diagnóstico médico y consulta de seguimiento de tratamientos.

La selección de la muestra se realizó a través de muestreo por conveniencia entre todas aquellas usuarias/os que acudieron a las consultas de URHA, aceptaron formar parte del estudio y cumplieron los criterios de inclusión.

Se realizó el cálculo del tamaño muestral mediante la fórmula:  $n \geq \frac{n_0}{\frac{n_0}{N} + 1}$      $n_0 = \frac{k^2 \sigma^{*2}}{B^2}$ .

Donde: N: tamaño de la población; B: error de estimación fijado en 5%; K: nivel de confianza 95%,  $\sigma^{*2}$ : varianza muestral estimada fijada en 0.25.

Teniendo en cuenta que la población que acudió a la URHA durante los meses que duró el estudio fue de 1042 personas. Siguiendo los parámetros descritos se estima que la muestra debe ser superior a 91 individuos para que los resultados del estudio tengan significancia estadística suficiente.

Se decidió contactar con la población incluida en el estudio en el momento en el que acudían a la cita en consulta, siendo informados verbalmente del contenido y la



voluntariedad del estudio, solicitándose su participación en el mismo a todos aquellos que cumplieran con los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión:**

Se incluyeron en el estudio las usuarias/os:

- De edades comprendidas entre 18 y 40 años, que acepten formar parte del estudio.
- Que hayan iniciado el proceso de atención en la URHA y acudan a visitas segundas o complementarias.

#### **Criterios de exclusión:**

Se excluyeron del estudio las usuarias/os:

- Que presenten dificultades con el idioma que dificulten la comprensión del estudio.
- Que acudan a consulta en una primera visita.
- Que vayan a realizar el tratamiento para preservar la fertilidad.

Una vez reclutada muestra suficiente ( $n \geq 91$ ), se analizan las siguientes **variables** para obtener información útil para el estudio (Tabla 2).

**Tabla 2.** Variables de estudio

TIPO DE VARIABLE	DENOMINACIÓN DE VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE
Sociodemográficas	Edad	En años.
	Sexo	Mujer/hombre.
	Nivel de formación	Sin estudios/ Estudios básicos/ E. Técnicos/ E. Superiores.
	Existencia de pareja	Sí/ No.
Clínicas/Obstétricas	Tratamientos de reproducción asistida recibidos previamente	Sí/ No.
	Asistencia a URHA	Número de visitas realizadas.
	Fase del proceso reproductivo	Estudio/Tratamiento/ Finalización
	Gestaciones	Sí/ No.
	Conocimiento de la causa de problemas reproductivos	Sí/ No.
Otras	Ansiedad.	De 0 a 10 (min. 0 máx. 10)
	Grado de satisfacción con el apoyo emocional recibido.	Suma ponderada de seis variables medidas de 0 a 10.

Las variables se midieron a través del cuestionario ad hoc elaborado mediante consenso por el equipo investigador (Anexo III) basado en la literatura consultada, una vez readaptados dos cuestionarios de referencia: Calidad de Vida en Fertilidad (FertiQol) y Valoración de la satisfacción de los usuarios de consulta de Enfermería en centro de salud de Córdoba, año 2013, readaptado de otro utilizado por Levy Storms, L et al <sup>23, 24</sup>.

A continuación, se muestra un **cronograma de las actividades** que se realizaron durante los meses de enero a mayo de 2022.

**Tabla 3.** Cronograma de las actividades.

Fase	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12	Semana 13	Semana 14	Semana 15	Semana 16	Semana 17	Semana 18	Semana 19	Semana 20
1	■	■	■																	
2				■	■															
3				■	■	■	■													
4								■	■	■	■	■								
5													■	■	■	■	■			
6																	■	■	■	■

Fases: 1: establecimiento y validación de la idea; 2: elaboración de protocolos de autorización CEIM; 3: preparación del cuestionario, material y espacios; 4: reclutamiento de la muestra; 5: evaluación de resultados; 6: redacción y difusión del trabajo

Tras haber recibido la aprobación del CEIM el 14 de febrero de 2022 con el código: PI 22-2546 TFG, se comienza con la recogida de muestra durante los meses de febrero, marzo y abril de 2022, entregando a las usuarias/os que acudan a las consultas de la URHA la información para acceder a la cumplimentación un cuestionario por vía electrónica, en formato Google Forms enlazado a un código QR (Anexo IV).

Para calcular la fiabilidad de la encuesta se realizó el alfa de Cronbach, con un resultado de 0,91. El valor del índice es ligeramente superior a 0,90 por lo que se puede decir que la consistencia interna de la escala empleada es alta, así como la fiabilidad de los resultados del estudio con la muestra tomada.

Los datos se volcaron en base de datos diseñada para tal fin de forma anónima, de manera que se preservara la confidencialidad sin vulnerar la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

### **Análisis estadístico:**

El análisis de datos se ha llevado a cabo mediante el lenguaje de programación R y el entorno de desarrollo del programa Rstudio. R es un lenguaje de programación de código abierto especializado en la computación estadística, proporciona una alta gama de funciones y técnicas específicas, así como herramientas gráficas de visualización de datos. Rstudio es un entorno de desarrollo con el que poder utilizar el lenguaje R de forma más cómoda y eficiente e incluye, entre otras herramientas, una consola de ejecución, un script de programación con editor de sintaxis integrado, una interfaz del gestor de memoria y un cuadro para las salidas gráficas del código.

En un inicio se realiza un análisis descriptivo de las variables recopiladas; en el caso de las variables cualitativas se emplean tanto tablas de frecuencias como diagramas de barras para representar su distribución, para describir las variables cuantitativas se utilizarán parámetros como la media, la mediana, primer y tercer cuartil, valor máximo y mínimo y la desviación típica. Con el fin de estudiar el objetivo principal de este trabajo se generó una nueva variable (ficticia) cuantitativa agrupando la información de todas aquellas variables que pudieron influir en la satisfacción percibida por los usuarios sobre el apoyo emocional.

Las asociaciones de variables cualitativas se analizaron mediante el test exacto de Fisher ya que no se pudo realizar en ningún caso el test Chi-cuadrado de Pearson por la existencia de frecuencias  $<5$ . Para las comparaciones de variables cuantitativas con variables cualitativas se han empleado modelos ANOVA. Para evaluar la relación entre dos variables cuantitativas se ha empleado el Índice de Correlación de Pearson si ambas variables cumplen el requisito de normalidad y el Índice de Correlación de Spearman en caso contrario. La normalidad de las variables cuantitativas se ha efectuado con el test de Shapiro-Wilk. Finalmente, he de recordar que el nivel de significación establecido en los test es del 95%.

### **Consideraciones ético-legales:**

En todo momento se preservó el anonimato de los encuestados. El diseño del cuestionario y su modalidad de cumplimentación garantizan dicho anonimato.

En relación con el Consentimiento Informado (CI), se incorporó en el formato digital

entendiéndose que la aceptación voluntaria de cumplimentación del cuestionario supone aceptar la participación en el estudio. “Son condiciones necesarias para omitir el CI: que el estudio sea observacional, sea prospectivo o retrospectivo, con riesgo mínimo o nulo para los sujetos... No requieren CI por escrito las investigaciones epidemiológicas donde se utiliza la encuesta para la recolección de datos, excepto en los casos en que se requiera tomar muestras biológicas de los participantes (biopsias, sangre, ADN, entre otros). Esto es así porque en una encuesta, al contestarla el sujeto está manifestando su deseo de participar en ella”<sup>25, 26</sup>.

La investigadora principal declara respetar las normas en materia de bioética contenidas en la declaración de Helsinki; el Convenio de Oviedo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina; Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y el Código Deontológico para la profesión de Enfermería dictado por el Consejo Internacional de Enfermeras.

El tratamiento de los datos fue anónimo y confidencial de conformidad con la normativa vigente (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

El proyecto cuenta con la aprobación del CEIM Área de Salud Éste de Valladolid (Anexo I) con el código: PI 22-2546 TFG. Así como con la autorización del comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid (Anexo II) con el código: D2KrYSdStz7i62e62+NDTq.

Los datos serán custodiados y tratados de forma global, anónima y confidencial por el Grupo de Investigación de la Universidad de Valladolid y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Los investigadores se comprometen a respetar en todo el proceso la normativa vigente y las consideraciones éticas.

Este estudio no está financiado y no existen conflictos de intereses. No requiere certificado de seguro al tratarse de un estudio observacional no intervencionista, en donde no se realiza ningún procedimiento fuera de la respuesta de la encuesta.

# RESULTADOS

## Descripción de la muestra:

Al finalizar la recogida de muestra se obtuvieron 98 resultados, de los cuales se desestimó una encuesta al presentar un criterio de exclusión, ya que no acudía a la unidad por problemas de esterilidad sino para preservar la fertilidad al encontrarse dentro de un proceso oncológico. Por lo que la muestra total fueron 97 individuos, de los cuales 21 (21,60%) fueron hombres y 76 (78,40%) mujeres.

A pesar de encontrar algún dato atípico que modifica la media global ( $35,66 \pm 0,80$  años), como una mujer de 19 años, la tónica general describe una población adulta. El 62% ha cumplido, al menos, 36 años (Tablas 4 y 5).

**Tabla 4.** Edad según frecuencia

Edad	≤ 24	[25,28]	[29,32]	[33,36]	[37,40]	≥ 40
Frecuencia	2	3	11	35	43	3

**Tabla 5.** Estadísticos por edad.

Mínimo	1º cuantil	Mediana	3º cuantil	Máximo	Media	Desviación típica
19	33	36	38	42	35.66	4.01

A partir del nivel de formación de los participantes en el estudio se observó que la mayoría (55,70%) de los pacientes tenían estudios superiores, en concreto 54 de ellos, 26 tenían estudios técnicos, 14 estudios básicos y tan solo 3 referían no tener estudios.

El 91,80% (89 personas) decían encontrarse dentro de una relación estable y el 8,20% (8 personas) no. De éstas que decían no tener una relación estable, la mitad reconocían estar dentro de algún tipo de relación.

Según los resultados obtenidos cada usuaria/o ha acudido a la consulta de RHA una media de 9,5 veces, incluso hay una paciente que dice haber acudido hasta en 17 ocasiones (Tabla 6).

**Tabla 6.** Estadísticos según número de veces acudidas a consulta en URHA.

Mínimo	1º cuantil	Mediana	3º cuantil	Máximo	Media	Desviación típica
2	6	9	13	17	9.54	5.02

El 52,6% se encontraba efectuando su primer tratamiento, frente al 47,4% que reconocen haberse sometido en ocasiones previas a TRHA en una entidad privada o en el HCUV.

Cuando los pacientes acuden a la consulta de Reproducción pueden estar en la fase de estudio de tratamiento o de finalización si ya han conseguido un embarazo o el equipo médico considera que no se deben realizar más técnicas. El 85,60% de los pacientes encuestados estaban en fase de tratamiento y tan solo un 14,40% estaban en fase de estudio (7,20%) o finalización (7,20%).

Un 19,60% de las parejas o mujeres admitieron haber conseguido al menos un embarazo en alguna ocasión. Frente a un 80,4% que aún no lo había conseguido.

Por otra parte, 37 pacientes (38,14%) reflejaron que les gustaría o necesitarían recibir ayuda de otro profesional, como psicólogo, psiquiatra, grupos de apoyo u otros, frente a 52 que no creen que lo necesiten y 8 que reconocen ya estar recibiendo otro tipo de apoyo ajeno a la URHA.

De la Tabla 7 se deduce que existe un 17% más de varones con la necesidad percibida de apoyo psicológico, respecto a las mujeres (se han agrupado los pacientes que dicen necesitar ayuda y los que ya la están recibiendo). Además, se muestra el número de individuos según el nivel de necesidad.

**Tabla 7.** Necesidad de recibir ayuda de otro profesional

	Mujeres	Hombres
<b>Necesita o le gustaría recibir ayuda</b>	28 (36,84%)	9 (42,86%)
<b>Ya recibe ayuda psicológica</b>	6 (7,90%)	2 (9,52%)
<b>Dice no necesitar ayuda externa a la URHA</b>	42 (55,26%)	10 (47,62%)

Asimismo, a la pregunta abierta (O): “Indique el tipo de ayuda profesional que le gustaría recibir”, se encuentran como respuestas de interés:

*“La ayuda a la concepción, recomendaciones de tratamientos previos (ácido fólico...), aunque entiendo que la no posibilidad de acompañar a mi pareja a muchas de las consultas sea parte de la causa de la ansiedad en la pareja”*

*“Explicar el problema reproductivo y apoyo”*

De la misma forma, a la pregunta abierta (Q): “Indique el tipo de profesional al que acude”, se hallan respuestas en prácticamente su totalidad del tipo: “psicólogo”, exceptuando una paciente que declara acudir a: “Medicina tradicional china, acupuntura”.

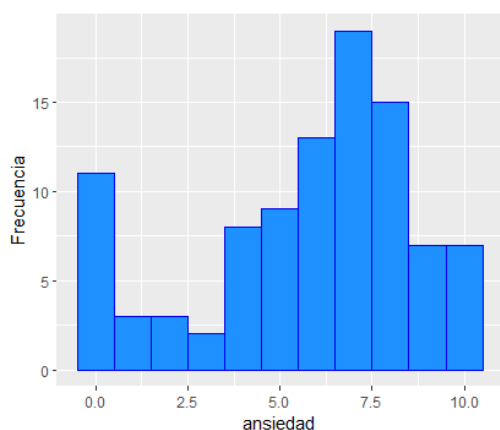
Por último, a la pregunta (K): “¿Conoce usted la causa de su problema reproductivo?”

62 personas (63,9%) contestaron “sí”, sin embargo 35 pacientes (36,10%) aun no la conocían.

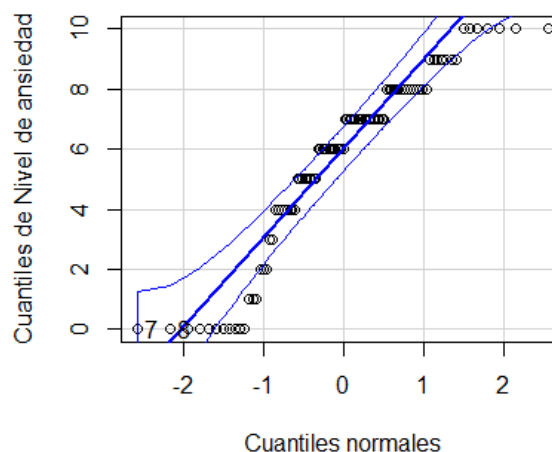
El nivel de ansiedad está reflejado en las preguntas (L) y (M) del Anexo III, la muestra refleja una ansiedad media de  $5,73 \pm 0,58$  puntos (Tabla 8) tras el tratamiento de datos y el contraste de normalidad de Shapiro-Wilk, cuya hipótesis nula es  $H_0$ : el nivel de ansiedad sigue una distribución normal. Debido a que su Pvalor es  $<0,05$  (0,00004), se rechaza con un 95% de confianza  $H_0$  y, por lo tanto, se deduce que esta variable no sigue una distribución normal, como se puede ver reflejado en las Figuras 2 y 3.

**Tabla 8.** Estadísticos del nivel de ansiedad

Mínimo	1º cuantil	Mediana	3º cuantil	Máximo	Media	Desviación típica
0	4	6	8	10	5,732	2,9315



**Figura 2.** Histograma del nivel de ansiedad.



**Figura 3.** Contraste gráfico de normalidad.

Una vez analizada la variable “Nivel de ansiedad” se distribuye en tres niveles: bajo [0-3], medio [4-7] y alto [8-10], de esta manera se categoriza, pasa de comportarse como una variable cuantitativa a hacerlo como una cualitativa.

### **Correlación entre las variables:**

Una vez establecidos los intervalos de los niveles de ansiedad, se mide la posible asociación entre esta variable y los siguientes factores:

- Sexo:

Se parte de H0: El nivel de ansiedad es independiente del sexo del individuo.

Para verificar esta hipótesis se realiza el test de independencia, dado que no todas las frecuencias observadas en la tabla de contingencia son iguales o superiores a 5 (como se observa en las Tablas 9 y 10), no se cumplen las condiciones necesarias para poder emplear el test chi cuadrado de Pearson. En su lugar, para contrastar la independencia se utiliza el test exacto de Fisher del que se obtiene un Pvalor: 0.1796, al ser  $> 0,05$  se afirma con un nivel de confianza del 95% que el **sexo no influye de forma significativa en el grado de ansiedad de los pacientes**, por lo que no se rechaza H0,

**Tabla 9.** Asociación de ansiedad y sexo en número de pacientes condicionado por sexo

		Sexo	
		Hombre	Mujer
Nivel de ansiedad	Bajo	7	12
	Medio	10	39
	Alto	4	25
	Total	21	76

**Tabla 10.** Asociación de ansiedad y sexo en porcentaje de pacientes condicionado por sexo

		Sexo	
		Hombre	Mujer
Nivel de ansiedad	Bajo	33.3%	15.8%
	Medio	47.6%	51.3%
	Alto	19%	32.9%
	Total	100%	100%

- Embarazo previo:

Se parte de H0: El nivel de ansiedad es independiente de haber tenido un embarazo previo.

Al igual que en el estudio de asociación de la variable anterior (sexo) se rechaza el empleo del test chi cuadrado de Pearson debido a que existen frecuencias por debajo de 5 (como se observa en las Tablas 11 y 12), por lo que se utiliza el test exacto de Fisher para contrastar la independencia del que se obtiene un Pvalor: 0.463, al ser  $> 0,05$  se afirma con un nivel de confianza del 95% que el **haber tenido un embarazo previo no influye de forma significativa en el grado de ansiedad de los pacientes** por lo que no se rechaza H0.

**Tabla 11.** Asociación de ansiedad y existencia de algún embarazo previo en número de pacientes

		Embarazo previo	
		No	Si
Nivel de ansiedad	Bajo	16	3
	Medio	41	8
	Alto	21	8
	Total	78	19

**Tabla 12.** Asociación de ansiedad y existencia de algún embarazo previo en porcentaje de pacientes

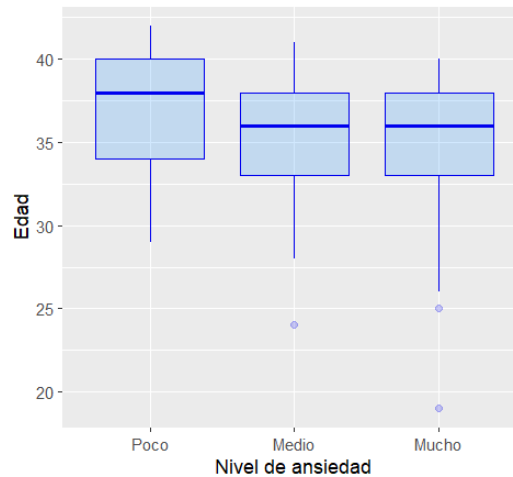
		Embarazo previo	
		No	Si
Nivel de ansiedad	Bajo	20.5%	15.8%
	Medio	52.6%	42.1%
	Alto	26.9%	42.1%
	Total	100%	100%



- Edad:

H0: grado de ansiedad (Poco, Medio, Mucho) es independiente de la edad del individuo.

Tras realizar el test paramétrico: análisis de la varianza (ANOVA), se obtiene un Pvalor  $>0,05$  (0,43) por lo que, con un 95% de confianza, se afirma que **la edad no tiene variaciones significativas en los niveles de ansiedad**, como se muestra en la Figura 4, las variaciones según la edad no son significativas.



**Figura 4.** Asociación entre nivel de ansiedad y la edad de los usuarios/as.

- El conocimiento de la causa de su problema reproductivo:

Se parte de H0: El nivel de ansiedad es independiente del conocimiento de la causa del problema reproductivo.

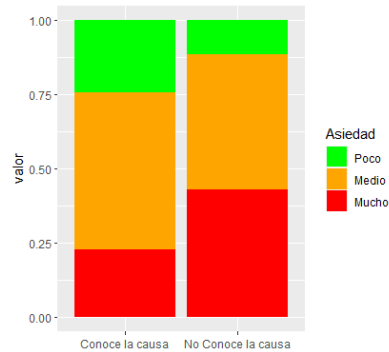
Para verificar esta hipótesis se realiza el test de independencia. Dado que, de nuevo, no todas las frecuencias observadas en la tabla de contingencia son iguales o superiores a 5 (como se puede observar en las Tablas 13 y 14), no se cumplen las condiciones necesarias para poder emplear el test chi cuadrado de Pearson. En su lugar, para contrastar la independencia se utiliza el test exacto de Fisher como en ocasiones anteriores. De donde se obtiene un Pvalor: 0.07544, por lo que con un 95% de confianza no se puede rechazar H0, pero sí estableciendo un nivel de confianza del 90%, afirmando que **existe relación entre el conocimiento de la causa y el nivel de ansiedad**, siendo mayor este cuando los pacientes desconocen el origen de su problema reproductivo (Figura 5).

**Tabla 14.** Asociación entre nivel de ansiedad y el conocimiento de la causa de esterilidad de los pacientes

		¿Conoce la causa?	
		No	Si
Nivel de ansiedad	Bajo	4	15
	Medio	16	33
	Alto	15	14
	Total	35	62

**Tabla 13.** Asociación entre nivel de ansiedad y el conocimiento de la causa de esterilidad de los pacientes en porcentajes

		¿Conoce la causa?	
		No	Si
Nivel de ansiedad	Bajo	11.4%	24.2%
	Medio	45.7%	53.2%
	Alto	42.9%	22.6%
	Total	100%	100%



**Figura 5.** Asociación entre el nivel de ansiedad y el conocimiento de la causa del problema reproductivo.

- Necesidad y/o deseo de acudir a otro profesional ajeno a la URHA:

Se parte de H0: El nivel de ansiedad es independiente de la necesidad de acudir a otro profesional.

Ante la imposibilidad de realizar el test chi cuadrado de Pearson (Tabla 15). Para verificar esta hipótesis se realiza el test de independencia a través del test exacto de Fisher. Obteniendo un Pvalor: 0,0004, al ser  $<0,05$  se rechaza H0 con un 95% de confianza, por lo que se demuestra que **existe relación entre el nivel de ansiedad y la necesidad de apoyo por un profesional ajeno a la URHA.**

**Tabla 15.** Asociación entre nivel de ansiedad y la necesidad de otro profesional en porcentaje.

		¿Necesita profesional?	
		No	Si
Nivel de ansiedad	Bajo	32.7%	2.5%
	Medio	48.1%	57.5%
	Alto	19.2%	40%
	Total	100%	100%

- Fase del proceso terapéutico en la que se encontraban los individuos:

Se parte de H0: el nivel de ansiedad es independiente de la fase del proceso en la que se encuentre el paciente.

Para verificar esta hipótesis se realiza el test exacto de Fisher ya que no se cumplían las condiciones necesarias para realizar el test chi cuadrado de Pearson, como se ha explicado con anterioridad. Al obtener un Pvalor  $>0,05$  (0,1284) no se rechaza H0, no se rechaza que **la fase del proceso terapéutico sea independiente al nivel de ansiedad que presentan los pacientes.**

Con los resultados obtenidos de la encuesta en relación con los niveles de ansiedad y la fase del proceso se crea a la Tabla 16.

**Tabla 16.** Relación entre el nivel de ansiedad y la fase el proceso terapéutico.

Fase del proceso terapéutico en la que se encuentra	Nivel de ansiedad
Fase de estudio	5,29± 0.70
Fase de tratamiento	5,98± 0.56
Fase de finalización	3,29± 0.64

#### Grado de satisfacción y calidad de la asistencia:

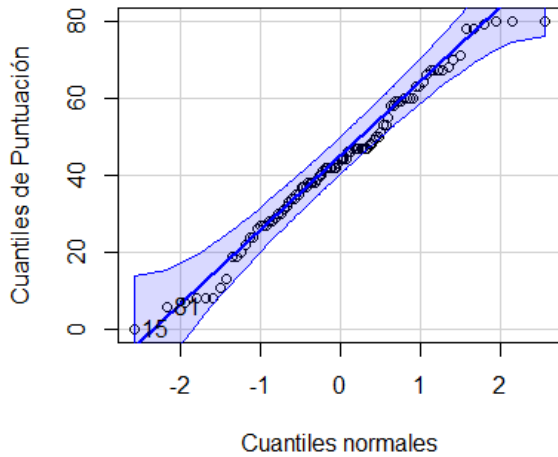
Para valorar el grado de satisfacción y la calidad de la asistencia que perciben las usuarias/os se genera una puntuación basada en los valores de las siguientes variables: Y, Z, AA, AB, AC y AD (Anexo III). Los valores de esta nueva variable pueden oscilar entre 0 (nada satisfechos) y 80 puntos (satisfacción plena) como se muestra en la Tabla 17.

**Tabla 17.** Resumen estadístico de la puntuación de la satisfacción.

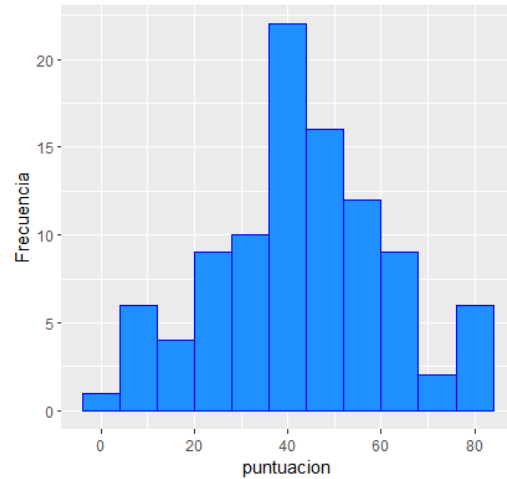
Mínimo	1º cuantil	Mediana	3º cuantil	Máximo	Media	Desviación típica
0	32	44	58	80	43.66	18.55

La puntuación de la satisfacción obtenida tiene una media de  $43,66\pm 3,69$ . Tras realizar el contraste de normalidad de Shapiro-Wilk para esta variable se ha determinado que sigue una distribución normal, debido a que su Pvalor es  $>0,05$  (0,243), esta condición se ve reflejada en el contraste grafico de la Figura 6.

Se considera de interés comentar alguno de los valores atípicos obtenidos en la muestra, como lo son: un varón que contestó a las seis preguntas que definen esta variable con la puntuación mínima y tres pacientes que respondieron a todas éstas con la puntuación máxima, así como se muestra en la Figura 7.



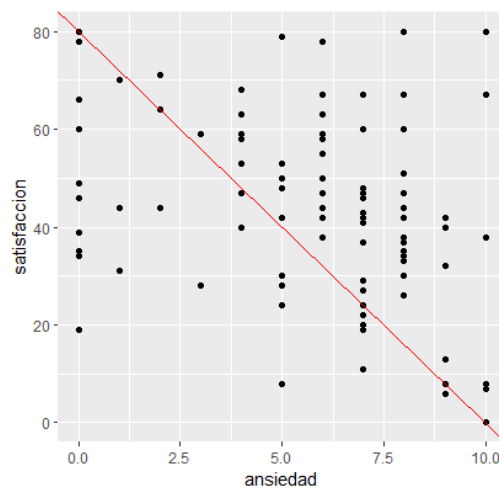
**Figura 7.** Contraste grafico de normalidad



**Figura 6.** Puntuación de la satisfacción y calidad de la atención

- Nivel de ansiedad y grado de satisfacción de los pacientes:

Como se ha podido ver en los contrastes de normalidad, la puntuación de la satisfacción de los pacientes sigue una distribución normal, en cambio, el grado de ansiedad no. Como consecuencia de ello, para analizar la correlación entre estas dos variables cuantitativas se debe usar la correlación no paramétrica de Spearman. Se obtiene un resultado de correlación:  $-0,3443$ . Lo que indica que las dos variables tienen una correlación negativa débil ya que su valor se encuentra entre  $-0,5$  y  $-0,25$ , es decir, **cuando el nivel de ansiedad de los pacientes aumenta, su nivel de satisfacción tiende a disminuir**, pero de forma leve y viceversa como se muestra en la Figura 8.



**Figura 8.** Asociación nivel de ansiedad y grado de satisfacción

## DISCUSIÓN

El presente trabajo consistió en un estudio observacional descriptivo transversal en el cual se reclutó una muestra total de 97 individuos. La mayoría de los encuestados/as fueron mujeres debido a que este estudio coincidió con una época de restricción de acceso de acompañantes a las consultas por la pandemia de Covid-19, lo que dificultó la toma de muestra de varones.

Como se ha indicado en el apartado anterior, el 62% de los encuestados tenían 36 años o más, lo que apoya la teoría de que cada vez se retrasa más la decisión de ser padres, a pesar de que la reserva y la calidad ovárica presentan un acusado deterioro a partir de los 35 años <sup>9, 27</sup>.

La mayor parte de individuos reveló sentir algún grado de ansiedad, tan solo 11 personas dijeron no tenerla. Se observó que la mayor parte de pacientes que presentaban un nivel de ansiedad alto eran del sexo femenino, aunque esa diferencia no fue estadísticamente relevante.

La ansiedad es una emoción más, de las muchas que sufren las pacientes en RHA y sus parejas. En ocasiones los problemas reproductivos desencadenan labilidad emocional, agotamiento mental y pérdida de control de sus sentimientos. Pueden verse incluso influidas sus identidades futuras, sufriendo ante la visión venidera de imaginarse sin el hijo que desean <sup>28</sup>.

Teniendo en cuenta que algunas de las personas encuestadas ya habían conseguido gestar un hijo mediante TRHA, resulta inesperado no poder relacionar un bajo nivel de ansiedad con el logro de haber tenido un embarazo previo, de igual forma, parte de la muestra reclutada que había sido gestante pudo haber sufrido un aborto espontáneo, lo cual está relacionado con un alto nivel de ansiedad <sup>29</sup>.

De la misma forma, se considera un hallazgo fortuito que la edad de los pacientes no se viera relacionada con el nivel de ansiedad, teniendo en cuenta que la Sanidad Pública tan sólo costea los tratamientos de RHA a aquellas mujeres que no han cumplido aún 40 años. No sólo no se puede relacionar que aumente el nivel de ansiedad según aumenta la edad, sino que se observa que las pacientes que referían tener poca ansiedad eran las de mayor edad (Figura 4).

A pesar de no haber encontrado literatura que relacione el nivel de ansiedad de los pacientes en TRHA y el conocimiento de la causa de discapacidad reproductiva, nuestro estudio revela que con un 90% de confianza un nivel de ansiedad alto [8, 10] está íntimamente relacionado con el desconocimiento de la causa de discapacidad reproductiva (Tabla 14, 15 y Figura 5).

En la antigüedad (y actualmente en algunas culturas), la sociedad culpaba de la infertilidad a la mujer. Hoy en día, el hecho de que las TRHA se realicen exclusivamente en el cuerpo femenino, incluso en los casos de esterilidad masculina, refuerza la idea de “mujer no valida”, lo que provoca en ellas un aumento del estrés <sup>30</sup>.

Por suerte, se evidencia un cambio respecto de esa época. Los resultados obtenidos en la encuesta apoyan esta afirmación, los hombres y las mujeres gestionan de forma diferente el diagnóstico de esterilidad <sup>31</sup>. Se observa que los niveles de ansiedad son parejos en ambos sexos (Tablas 9 y 10). Además, se aprecia que son los hombres los más necesitados de ayuda psicológica (Tabla 7).

También se pudo demostrar que la necesidad percibida por parte de los usuarios/as de ayuda psicológica era directamente proporcional al nivel de ansiedad presentado por los mismos, lo que indica que son conscientes de que una de las soluciones para reducir su ansiedad pasa por pedir ayuda profesional.

Otra de las medidas que podrían contribuir a reducir la ansiedad es implicar más a la pareja en los procesos relativos a las TRHA, además, de realizar una evaluación exhaustiva del nivel de ansiedad por un psicólogo, de esta forma, detectaría y trataría este síntoma antes de que presentase repercusiones negativas en los tratamientos <sup>32</sup>.

En 2012 se realizó un ensayo controlado aleatorizado en el Centro de FIV “*Diyarbakir Veni Vidi*” donde se estudiaron 86 mujeres turcas con problemas reproductivos, posteriormente publicado en 2017, el cual reveló que los niveles de ansiedad no se mantienen estables durante todo el proceso, se incrementan en momentos muy puntuales, concretamente en los cinco siguientes: la espera al acceso al tratamiento, el momento de la extracción de ovocitos, la transferencia embrionaria, el tiempo que transcurre hasta conocer el resultado de la prueba de embarazo y cuando el tratamiento fracasa <sup>33</sup>. En cambio, en el estudio actual fueron estudiados los niveles de ansiedad según la fase en la que se encontrasen los pacientes, mostrando un mayor nivel de ansiedad durante el

tratamiento y un menor nivel en la finalización (Tabla 16), a pesar de que en algunos casos la finalización haya conllevado el fracaso de todos los intentos de FIV y/o IA. Lo que apoya la teoría de los autores Durgun y Okumuş, del artículo ya mencionado, manifestando diferencias en los niveles de ansiedad dependiendo de la fase del proceso en la que se encontrasen, aunque no lo suficientemente significativos como para afirmar que exista una relación directa.

Las intervenciones de enfermería orientadas al acompañamiento en los procesos y el trato humanizado a los pacientes que promulgó Watson han obtenido buenos resultados en la reducción de la puntuación de ansiedad, el estrés y los sentimientos negativos de mujeres sometidas a TRHA<sup>33</sup>.

Por ello, en el presente trabajo se estudió la correlación entre la ansiedad que presentaban los pacientes y la satisfacción percibida en relación con el apoyo emocional, la calidad de la atención y el trato recibido por parte de las enfermeras de la URHA del HCUV, con la intención de lograr resultados reveladores que indicasen si un grado de satisfacción alto podría estar relacionado con bajos niveles de ansiedad.

Para ello se estudió la correlación entre la variable “nivel de ansiedad” y “puntuación de la satisfacción”. Al obtener un valor más cercano a 0 que a [1] la relación existente entre las variables cuantitativas es débil, aunque lo suficientemente significativa como para determinar que no son independientes. El valor negativo hallado indica una asociación inversamente proporcional, cuando aumenta una la otra tiende a disminuir.

Al no ser una regla fuerte, no se puede generalizar que los pacientes más satisfechos con el apoyo emocional recibido tienen menor grado de ansiedad y los más ansiosos no están satisfechos con el trato recibido por las enfermeras de la Unidad de Reproducción. Como se puede observar en la Figura 8, existen valores que no siguen esta regla, se encuentran dispersos de la línea que define la asociación, esta representación gráfica muestra la asociación débil descrita con anterioridad.

#### **Limitaciones del estudio:**

En primer lugar, respecto a las limitaciones se debe indicar que a pesar de conseguir un tamaño muestral superior al indicado para que los resultados tuvieran suficiente significancia estadística, haber obtenido los datos a través de muestreo por conveniencia implica un sesgo mayor que si se hubiera recogido por muestreo aleatorio.

En segundo lugar, no se pudo estudiar la asociación entre el nivel de ansiedad presentado por la persona diagnosticada y el nivel de ansiedad que presenta su pareja. Para ello, hubiera sido interesante incluir una pregunta que hiciese referencia a si la persona que contestaba era la que estaba en tratamiento o su pareja, ya que algunas de las mujeres encuestadas eran pareja de la mujer en tratamiento.

Finalmente, a pesar de haber encontrado correlación entre algunas variables, al tratarse de un estudio descriptivo transversal no permite establecer asociaciones 100% fiables.

#### **Fortalezas del estudio:**

Con respecto a las fortalezas que presenta el trabajo, el punto más fuerte es abordar un campo que hasta ahora ha sido poco transitado por estudios científicos, aportando nuevos datos que pueden servir como base para futuras investigaciones. La escasa existencia de trabajos de investigación que recojan el apoyo emocional de enfermería en Reproducción Humana Asistida permite que el presente trabajo revele información de interés.

Por otro lado, que la entrega del cuestionario se haya realizado cara a cara con los pacientes, en vez de enviárselo de forma electrónica o por otros medios, ha facilitado que la participación en el estudio haya sido alta, lo que conlleva que la inferencia de los resultados a la población general tenga mayor confianza.

Para finalizar, no se recibió ningún cuestionario incompleto lo que nos lleva a pensar que la longitud de la encuesta fue adecuada.

#### **Aplicaciones para la práctica clínica:**

De los resultados obtenidos del presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) se derivan las siguientes propuestas para las URHA:

- Implantación de una consulta de enfermería presencial, a la que puedan acudir las pacientes y sus parejas a preguntar sus dudas y/o exponer sus miedos en relación con las técnicas que les van a realizar. En esta consulta se podría realizar el apoyo emocional de enfermería que contribuyera reducir sus niveles de ansiedad <sup>34, 35</sup>.
- Levantamiento de la restricción que implica que la mujer en tratamiento deba acudir sola a las consultas de medicina y enfermería podría reducir no solo la ansiedad individual de la paciente, que así se siente acompañada, sino también la ansiedad conjunta que presenta la pareja <sup>32</sup>.
- Formación a las enfermeras que llegan nuevas a la URHA acerca de que actividades se pueden realizar con los pacientes para lograr intervenciones



como disminución de la ansiedad, lograr un apoyo emocional suficiente utilizando la atención integral, la empatía y la escucha activa como vehículo para lograr un estado de bienestar óptimo para continuar con el tratamiento<sup>15, 35</sup>.

**Posibles futuras líneas de investigación:**

Como continuación de este TFG, sería interesante realizar un estudio prospectivo que analizase la ansiedad de los pacientes en Reproducción Humana Asistida antes de someterse a las técnicas, durante y después de las mismas, para así averiguar la posible relación entre este síntoma y la consecución de un embarazo.

Así pues, también sería de interés estudiar el impacto del apoyo emocional tras haber tenido alguna consulta con la enfermera de forma presencial, orientada a la disminución del síntoma de ansiedad.

## CONCLUSIONES

- No se puede confirmar la hipótesis ya que no se ha hallado una relación fuerte entre ambas variables, aunque existe un leve efecto reductor de la ansiedad a través del apoyo emocional de enfermería.
- Las usuarias/os se encuentran moderadamente satisfechas con el apoyo emocional recibido por las enfermeras de la URHA.
- Se cuantificó el nivel de ansiedad que sufren las usuarias/os hallando cifras similares en mujeres y hombres, con valores medio-altos en la mayoría de los casos.
- Existe una correlación débil e inversamente proporcional entre el nivel de ansiedad y el grado de satisfacción, de manera que cuando uno aumenta el otro tiende a disminuir.
- Se halló una asociación fuerte entre el conocimiento de la causa de discapacidad reproductiva y el nivel de ansiedad presentado por los usuarios/as. Por lo que se deduce que el conocimiento de la causa podría disminuir su nivel de ansiedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández, R. Evolución de La Población Mundial Hasta 2050. Statista [Internet]. 2021; [citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/635122/evolucion-de-la-poblacion-mundial/>
2. INE base: Indicadores demográficos 2020 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002)
3. INE base: Edad Media a la Maternidad por orden del nacimiento según nacionalidad (española/extranjera) de la madre [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1579>
4. Subdirección General de Análisis del Mercado de Trabajo. La situación de las mujeres en el mercado de trabajo en 2016 [Internet]. España: Secretaría de Estado de Empleo; [3 Mar 2022]: 11-47. Disponible en: [https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/sec\\_trabajo/analisis\\_mercado\\_trabajo/situacion-mujeres/situacion\\_mujer\\_trabajo\\_2016.pdf](https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/sec_trabajo/analisis_mercado_trabajo/situacion-mujeres/situacion_mujer_trabajo_2016.pdf)
5. INE base: Encuesta de fecundidad Año 2018. Datos definitivos [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177006&menu=metodologia&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177006&menu=metodologia&idp=1254735573002)
6. Organización Mundial de la Salud, International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology [Internet]. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art\\_terminology\\_es.pdf](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf)
7. García Saiz L. La congelación de óvulos en el ámbito laboral por causas sociales: nueva estrategia empresarial para controlar el cuerpo de la mujer. *Asparkia. Investigación feminista* [Internet]. 2018 [citado 8 de marzo de 2022];(33):45-59. DOI: 10.6035/asparkia.2018.33.3
8. Castro Martín T, Seinz Puyuelo M. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. La Transformación de las familias en España desde una perspectiva sociodemográfica. España: Instituto de Economía, Geografía y Demografía; 2014. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España.
9. Sociedad Española de Fertilidad. Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida. Madrid: SEF; 2012
10. Dorjpurev U, Kuwara A, Yano Y, Aniguchi T, Yamamoto Y, Suto A, Tanaka Y, Matsuzaki T, Irahara M. Effect of semen characteristics on pregnancy rate following intrauterine insemination. *J Med Invest*. 2011; 58(1-2):127-133.
11. Gómez Seguí A, Navarro-Sarrías JÁ. Las técnicas de reproducción humana asistida y su regulación legislativa española. *TheraPeía* [Internet]. 2017 [citado el 15 de marzo de 2022];(9):75-96. Disponible en:

<https://revistas.ucv.es/index.php/therapeia/article/view/756/743>

12. Treinta años de técnicas de reproducción asistida. 35a ed. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; [Internet] 2015 [citado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/collaborations>
13. Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Boletín Oficial del Estado. Nº 126, (27-05-2006) Referencia: BOE-A-2006-9292
14. SEF. La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas. Libro blanco sociosanitario. Madrid: Imago Concept & Image Development, S.L; 2011. P. 43-47.
15. 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. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2015 [citado el 15 de marzo de 2022]; 25(3):110-6. DOI: 10.1016/j.enfcli.2015.03.005.
16. Rujas Bracamonte S, Serrano Gallardo P, Martínez Marcos M. Descubrir la infertilidad: la experiencia de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95:1-11.
17. Moreno A, Guerra Díaz D, Baccio G, Giménez Molla V, Dolz Del Castellar P, Tirado Carrillo MD, et al. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. *Rev Iberoamericana de Fertilidad*. 2012.
18. Veiga M, Puccio M, Tamburelli V. ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? *Reproducción* 2013;28(3):79-89.
19. Fernández Martos B. Presente y futuro de la consulta de enfermería en reproducción asistida. [Internet] Madrid: Sociedad española de fertilidad; 2015 [Acceso 11 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.sefertilidad.net/docs/grupos/paramedico/presente.pdf>
20. Miranda Braga M, Portella Ribeiro V, Portella Ribeiro J, Roggia Piexak D, Stein Backes D, Miritz Borges A. Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. *Evidentia* [Internet]. 2012 [citado el 16 de marzo de 2022]; 9(40). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
21. Domar A, Gordon K, Garcia-Velasco J, La Marca A, Barriere P, Beligotti F. Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: a survey in four European countries. *Hum Reprod* 2012 Apr;27(4):1073-1079.
22. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.5 en línea] [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/enfermero>
23. Boivin, J, Takefman, J, Braverman, A. (2011). Development and preliminary validation of the fertility quality of life (FertiQoL) tool. *Human Reproduction*, 26(8), 2084–2091.
24. Alba MA, Ruiz R, Jiménez C, Pérula L Ángel, Rodríguez MA. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. *Enf Global* [Internet]. 2 de julio de 2013 [citado 1 de febrero de 2022]; 12(3): 162-76. Disponible en:

<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.3.153131>

25. Teresa Pàmpol CA y GP. El consentimiento informado en la investigación en enfermedades raras [Internet]. Centro de Investigación Biomédica en Red. 2015 [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ciberisciii.es/media/602614/14-cap-9.pdf>
26. Consejo de Organizaciones Internacionales de la Ciencias Médicas (CIOMS) OM de la S (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Cioms. 2016 [citado 19 de abril de 2022]; 42-44 p. Disponible en: [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)
27. Ruiz Flores Francisco J., García Velasco Juan A. Estimulación ovárica en usuarias mayores de 38 años. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2012 [citado 2022 mayo 07]; 58(1): 23-29. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322012000100005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000100005&lng=es).
28. Dube L, Nkosi-Mafutha N, Balsom AA, et al. Infertility-related distress and clinical targets for psychotherapy: a qualitative study. *BMJ Open* 2021;11: e050373. DOI:10.1136/bmjopen-2021-050373
29. Aznar Justo, Cerdá German. Aborto y salud mental de la mujer. *Acta bioeth.* [Internet]. 2014 nov [citado 2022 mayo 08]; 20(2): 189-195. DOI: 10.4067/S1726-569X2014000200006
30. Webair, H.H., Ismail, T.A.T., Ismail, S.B. *et al.* Patient-centered infertility questionnaire for female clients (PCIQ-F): part I: questionnaire development. *BMC Med Res Methodol* 21, 188 (2021). DOI: 10.1186/s12874-021-01376-w
31. Peterson B, Boivin J, Norré J, Smith C, Thorn P, Wischmann T. An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *J Assist Reprod Genet* 2012;29(3):243-248.
32. Klitzman, R. Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. *BMC Women's Health* 18, 84 (2018). DOI: 10.1186/s12905-018-0572-6
33. Durgun Ozan Y, Okumuş H. Effects of nursing care based on watson's theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: a randomized controlled trial. *J Caring Sci* 2017; 6 (2): 95-109. DOI: 10.15171/jcs.2017.010
34. Sibón Sancho GM. Papel de las enfermeras en Reproducción Asistida: dimensión emocional. *Metas Enferm* mar 2015; 18(2): 60-67.
35. 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. *Enfermería Clínica* [Internet]. Mayo de 2015 [consultado el 24 de mayo de 2022];25(3):110-6. DOI: 10.1016/j.enfcli.2015.03.005

**ANEXO III- Cuestionario sobre la valoración del apoyo emocional y la satisfacción de la calidad de la asistencia que reciben las usuarias/os de las enfermeras que acuden a la URHA del HCUV.**

*Mi nombre es Laura de la Torre García, soy estudiante del último curso de enfermería de la universidad de Valladolid. Este cuestionario forma parte de un Trabajo de Fin de Grado tutorizado por M<sup>a</sup> Concepción del Pino Ortega y Reyes Velásquez Barbado, del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

*El objetivo es identificar el grado de satisfacción que perciben las usuarias/os que acuden al servicio de Reproducción Humana Asistida del HCUV tras haber recibido la información y el apoyo emocional de las enfermeras de la Unidad.*

*La participación en la cumplimentación del cuestionario será de carácter voluntario. El tratamiento de los datos será anónimo y confidencial de conformidad con la normativa vigente (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).*

*El proyecto cuenta con la aprobación del CEIm Área de Salud Valladolid Este, código de identificación: PI 22-2546 TGF. Los datos serán custodiados y tratados de forma global, anónima y confidencial por el Grupo de Investigación de la Universidad de Valladolid y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

*Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos.*

*Se ruega que conteste a TODAS las preguntas, para ello se recomienda no detenerse mucho en ninguna pregunta concreta.*

*El formulario consta de dos partes muy breves, en las que debe responder con sinceridad. La primera consta de varias preguntas cerradas con distintas opciones de respuesta y la segunda una escala del 0 al 10, donde el 0 es el valor más bajo y 10 el más alto.*

*Recuerde que es completamente voluntario y anónimo. Las respuestas obtenidas*

*ayudarán a mejorar la calidad de la atención en la Unidad de Reproducción Humana Asistida.*

(A) Fecha y hora a la que se entrega la encuesta (esta variable se genera automáticamente).

(B) Marque la casilla si acepta la difusión de los resultados para publicaciones científicas:

Sí

Primera parte: *Las preguntas con asterisco son de respuesta obligatoria, aunque se ruega que conteste a todas ellas porque pueden aportar información de interés para el estudio.*

(C) Número de veces que ha acudido a esta consulta: \_\_\_\_\_

(D) Edad: \_\_\_\_\_

(E) Sexo:

- Mujer
- Hombre

(F) Ha efectuado tratamientos previos de reproducción asistida en este u otros centros.

- Sí
- No

(G) Tiene pareja estable:

- Si
- No

(H) Nivel de formación:

- Sin estudios
- Estudios básicos (graduado escolar, educación secundaria obligatoria)
- Técnicos
- Superiores

(I) Fase del proceso reproductivo en la que se encuentra ahora mismo

- Estudio
- Tratamiento
- Finalizados todos los tratamientos

(J) Ha tenido algún embarazo antes o durante el proceso

- Si
- No

(K) ¿Conoce usted la causa de su problema reproductivo?

- Si
- No

(L) ¿Siente angustia o ansiedad ante dichos problemas?

- Si
- No

(M) Puntúe del 0 al 10 el nivel de ansiedad que presenta

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(N) ¿Necesita o le gustaría recibir ayuda de otro profesional? Por ejemplo: psicólogo, psiquiatra, grupos de apoyo, etc.

- Si.
- No
- Ya estoy recibiendo ayuda de otro profesional

(O) Si ha contestado "sí" en la pregunta anterior, indique el tipo de ayuda profesional que le gustaría recibir \_\_\_\_\_

(P) ¿Acude a consulta de otro profesional para disminuir su nivel de ansiedad?

- Si.
- No

(Q) Si ha contestado "sí" en la pregunta anterior, indique el tipo de profesional al que acude \_\_\_\_\_

(R) ¿Está siguiendo algún tipo de tratamiento farmacológico para rebajar la ansiedad?

- Sí:
- No

(S) Si ha contestado "sí" en la pregunta anterior, indique cuál es la medicación que toma  
\_\_\_\_\_



Segunda parte: *Conteste a las preguntas que NO tienen asterisco únicamente si tiene pareja.*

(T)\* ¿Se siente triste y deprimida sobre sus problemas reproductivos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(U)\* ¿Está satisfecha del apoyo que recibe de su familia y/o amistades sobre sus problemas reproductivos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(V) ¿Está satisfecha con sus relaciones sexuales, aunque tenga problemas reproductivos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(W) ¿Han provocado sus problemas reproductivos repercusiones negativas en su relación?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(X)\* El tratamiento de reproducción ¿Afecta negativamente a su estado de ánimo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(Y)\* ¿Tiene a su disposición la atención de la enfermera de la Unidad de Reproducción Humana Asistida (UHRA) que usted desearía?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(Z)\* ¿Siente usted que la enfermera encargada de su tratamiento comprende lo que usted está sufriendo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(AA)\* ¿Está satisfecha con la calidad de los servicios que tiene disponibles para abordar sus necesidades emocionales?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(AB)\* ¿Cómo clasificaría usted la calidad de la información que ha recibido sobre los medicamentos, y/o tratamientos que va a realizar o ha realizado?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(AC)\* Si presenta usted ansiedad, ¿Siente que el apoyo emocional proporcionado por la enfermera es suficiente para rebajar su nivel de ansiedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(AD)\* Después de recibir la información facilitada por la enfermera durante el proceso, ¿Cree que ha disminuido su nivel de ansiedad ante los Tratamientos de Reproducción?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**ANEXO IV- Código QR para acceder al cuestionario:**

