Maria Campabadal Solé
Inmaculada Castro Rossi

El DESEO DE SER PADRES
“La experiencia al recurrir a técnicas de reproducción asistida en Tarragona”

Dirigido por: Dra. María Inmaculada de Molina

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado de Enfermería

Universidad Rovira i Virgili

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer la atención que hemos recibido y el trabajo de los profesionales sanitarios tanto de las clínicas privadas de reproducción asistida, como los del sector público de los hospitales, ya que nos facilitaron a recabar información sustancial para nuestra investigación, y nos ayudaron a encontrar sujetos para poder realizarles las entrevistas.

En segundo lugar, agradecer a todas las parejas y madres que aceptaron colaborar en la investigación, ya que no nos pusieron ninguna limitación, permitieron que accediésemos a sus historias de vida y nos dieron muchas facilidades a la hora de llevar a cabo la entrevista.

En tercer lugar, agradecer a María Inmaculada de Molina por haber aceptado nuestra investigación y habernos guiado durante todo su transcurso, a de más de responder a todas las dudas que nos iban surgiendo.

Por último, agradecer a nuestras familias, amigos y personas allegadas por el ánimo prestado y el apoyo constante que hemos recibido.

ÍNDICE

1. RESUMEN 7
1.1 Abstract 7
2. INTRODUCCIÓN 8
2.1 Justificación y pertinencia del trabajo 8
3. MARCO TEÓRICO 12
3.1 Definición y tipos de esterilidad 12
3.1.1 Fertilidad 12
3.1.2 Infertilidad 12
3.1.3 Esterilidad 12
3.1.4 Subfertilidad 12
3.2 El aparato reproductor masculino 13
3.2.1 Anatomía del aparato reproductor masculino 13
3.2.2 Causas de esterilidad masculina 14
3.3 El aparato reproductor femenino 16
3.3.1 Anatomía del aparato reproductor femenino 16
3.3.2 Causas de esterilidad femenina 18
3.4 Evaluación diagnóstica de la infertilidad 19
3.5 Técnicas de reproducción asistida 21
3.5.1 Técnicas de baja complejidad 21
3.5.2 Técnicas de media complejidad 24
3.5.3 Técnicas de alta complejidad 25
3.6 Aspectos emocionales de la infertilidad 26
3.6.1 Aspectos emocionales durante el diagnóstico y el tratamiento 26
3.6.2 Impacto psicológico en la mujer 28
3.6.3 Impacto psicológico en el hombre 29
3.6.4 Apoyo social 29
3.6.5 Mujeres solteras y parejas de mujeres homosexuales 30
4. OBJETIVOS 31
4.1 Objetivo general 31
4.2 Objetivos específicos 31
5. MATERIAL Y MÉTODOS 32
6. RESULTADOS 35
7. DISCUSIÓN 50
8. CONCLUSIONES 54
9. BIBLIOGRAFIA 55

10. ANEXOS 57

ANEXO 1 (Preguntas posibles entrevista profesionales sanitarios) 57
ANEXO 2 (Preguntas posibles entrevista a parejas/mujeres usuarias de las TRA) . 58
ANEXO 3 (Hoja de información a la usuaria participante y consentimiento informado) 60
ANEXO 4 (Hoja de información al profesional participante y consentimiento informado) 63
ANEXO 5 (Entrevista *Reproducción Hospital Joan XXIII de Tarragona*) 66
ANEXO 6 (Entrevista *Clínica privada 1*) 72
ANEXO 7 (Entrevista *Clínica privada 2)* 80
ANEXO 8 (Entrevista M*adre soltera*) 88
ANEXO 9 (Entrevista *Pareja heterosexual infértil 1*) 92
ANEXO 10 (Entrevista P*areja heterosexual infértil 2*) 97
ANEXO 11 (Entrevista P*areja homosexual de mujeres*) 102
ANEXO 12 (Plan de Trabajo: Cronograma) 106

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 - Aparato reproductor masculino (Manual MSD) 13
Ilustración 2 - Aparato reproductor femenino (Manual MSD)..... 16
Ilustración 3 - Estimulación ovárica (Reproducción Asistida ORG) 21
Ilustración 4 - Inseminación artificial (Reproducción Asistida ORG) 22
Ilustración 5 - Fecundación in vitro (Reproducción Asistida ORG) 24
Ilustración 6 - ICSI (Reproducción Asistida ORG)..... 25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Causas de esterilidad masculina..... *15*
Tabla 2 – Causas de esterilidad femenina *18*
Tabla 3 - Motivos de acudir a las TRA *37*
Tabla 4 - Los centros *39*
Tabla 5 - Proceso diagnóstico..... *42*
Tabla 6 - Sentimientos y emociones encontradas..... *44*
Tabla 7 - Economía y financiación *47*
Tabla 8 - Aspectos sociales *48*
Tabla 9 - Receptores de gametos..... *50*

LISTA DE ABREVIATURAS

EO: Estimulación Ovárica

IA: Inseminación Artificial

IAC: Inseminación Artificial Conyugal

IAH: Inseminación Artificial Homologa

IAD: Inseminación Artificial de Donante

INE: Instituto Nacional de Estadística

TIG: Transferencia Intratubárica de Gametos

TRA: Técnicas de Reproducción Asistida

OMS: Organización Mundial de la Salud

FIV: Fecundación in vitro

FIV-TE: Fecundación in vitro con Transferencia de Embriones

SEF: Sociedad Española de Fertilidad

ICF: Índice Coyuntural de Fecundidad

ICSI: Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides

IDESCAT: Instituto de Estadística de Cataluña

1. RESUMEN

El número de pacientes que recurren a Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), ha aumentado durante los últimos años, por ello ha habido un incremento de clínicas privadas y unidades de reproducción asistida dentro del sector público y en los hospitales públicos.

El estudio y tratamiento de la infertilidad mediante las TRA supone un proceso generalmente largo y que conlleva intervenciones complejas que pueden afectar a la salud y al estilo de vida, pudiendo causar un desgaste físico, psíquico, emocional y social de quienes las precisan.

El equipo sanitario formado en la Unidad de Reproducción ofrece una continuidad de cuidados desde antes de la concepción y la valoración inicial, hasta completar el final del ciclo. Este trabajo pretende describir el proceso al que se someten los usuarios cuando se inician en el mundo de las TRA, explicar las técnicas más utilizadas y disponibles en Tarragona, así como los diferentes tipos de financiación ofrecidas, reflexionar sobre los cuidados, soportes y recursos que disponen las parejas implicadas en el proceso en Tarragona.

Palabras clave: reproducción asistida, cuidados, apoyo emocional, esterilidad, infertilidad, fertilidad.

1.1 Abstract

The number of patients who use Assisted Reproduction Techniques (ART) has increased during the latest years, and this leads to a growth in the number of private reproduction clinics and reproduction units in public hospitals.

The study and the treatment of infertility through ART it generally consists of a long process that involves complex interventions that can affect the health and lifestyle of the patients. They also can cause physical, mental, emotional and social wear to those who use them.

The health team members of the Reproduction Units offer a continuity of care from before conception and initial evaluation, until the end of the cycle. This work will describe the process that patients feels when they get started in the world of ART, explain the most used and available techniques offered in Tarragona, as well as the different types of financing, to reflect upon the care, the support and the resources available nowadays for the people involved in the process in Tarragona.

Key words: assisted reproduction, care, emotional support, sterility, infertility, fertility.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Justificación y pertinencia del trabajo

Según el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT), en Cataluña se registraron un total de 112.000 nacimientos durante 1975. Entonces, había una población de 5.505.609 habitantes. En 2018 los nacimientos disminuyeron a 63.174 y la población alcanzó los 7.543.825 habitantes. Es, por lo tanto, un hecho, que la natalidad está disminuyendo, en una sociedad que ante la mejora de la calidad de vida ve aumentada su población (1).

Las mujeres ya no tienen tantos hijos como antes, el Índice Coyuntural de Fecundidad (ICF), a principios del S.XX, estaba por encima de los 4 hijos por mujer. Este número descendió a 1,3 hijos por mujer en 2017 (1,2).

Antiguamente, las familias tenían más hijos porque estos se consideraban “mano de obra” ya que en la edad adulta solían ser los que ayudaban en el negocio familiar, las tareas del campo, etc. Tener hijos garantizaba la continuidad de la familia ya que la mortalidad infantil era mucho más elevada que hoy en día y muchos de estos niños no alcanzaban la edad adulta. En 1983, de cada 1.000 niños nacidos vivos en Cataluña, morían 10,5; reduciéndose este número a 2,43 en el año 2017 (1,3).

Durante los últimos años, con la introducción de la planificación familiar, el uso de la anticoncepción y la incorporación de la mujer en el ámbito laboral, se ha dejado de ver a los hijos de esta manera y se asocia a un deseo sentimental de maternidad/paternidad que las personas escogen llevar a cabo o no. (3)

También se ha visto reflejado un retraso considerable en la edad en que las mujeres tienen su primer hijo, llegando la media hasta los 30 años o más. Por ejemplo, de los 6.581 nacimientos que se registraron en Tarragona durante 2018, la franja en que las mujeres tuvieron más hijos fue la de 30-34 años (2.220 nacimientos) seguido de la de 35-39 (1.766 nacimientos) (1).

Esto se da por el hecho de que actualmente en nuestra sociedad, a causa de la emancipación de la mujer esta se entienda y ejerza como una persona independiente; trabaje, tenga estudios, viva sola y no únicamente se dedique a la crianza familiar ni viva supeditada al hombre. (3).

Aunque actualmente se están produciendo grandes avances en la forma de ver y entender a una familia sigue habiendo un estereotipo que espera que un hombre y una mujer se unan para "formar una familia". Pues, su entorno pronto empieza a preguntar e incluso exigir por su futuro reproductivo.

Pero hoy en día se consideran nuevas formas de familia tan lícitas como las heterosexuales: parejas homosexuales formadas por dos mujeres, por dos hombres, mujeres o hombres solteros… Estos pueden (o no) tener el deseo de tener un hijo de la misma forma que lo tienen (o no) una pareja formada por un hombre y una mujer.

Actualmente, España es el país europeo más activo en **tratamientos de reproducción asistida (TRA)**. Durante el año 2018, el Instituto Nacional de Estadística (INE) registró 639.922 mujeres de entre 18 a 55 años que se habían sometido a algún tratamiento de este tipo (4). Se denomina TRA, al empleo de tecnología que incluye la manipulación de gametos o embriones para complementar al contacto sexual y maximizar las posibilidades de fertilización y de embarazo viable. Son técnicas que están en constante cambio y en las que se observa una gran variabilidad en la práctica clínica (5,6).

Según la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) la actual demanda de tratamientos de reproducción asistida (TRA) podría deberse a estas tres circunstancias:

1. El aumento de la infertilidad de la mujer debido al retraso de la edad en la que deciden tener hijos.
2. El retraso de las gestaciones y el incremento de la edad reproductiva por circunstancias de la mujer: incorporación al mundo laboral, retraso de establecimiento de pareja estables…
3. Formación de nuevas formas de familia: parejas homosexuales o madres que deciden afrontar la maternidad de forma individual (7).

En el siglo XXI se pueden encontrar una gran variedad de TRA a disposición de las familias o personas que desean concebir: estimulación ovárica (EO), inseminación artificial (IA), fecundación *in vitro (FIV), etc* (5).

En España la Ley 14/2006, de 26 de mayo, regula la actuación a seguir ante la demanda de TRA. Algunas de las premisas que se recogen en esta ley son: que usuarios optan a la realización de TRA, las técnicas autorizadas y el derecho de la mujer de suspender el tratamiento en cualquier momento, entre otras (8).

Existen un gran número de causas por las que se aplican las TRA y dependiendo del motivo o causa por el que una pareja o una mujer se dispone a someterse ellas, se le recomendará uno u otro tratamiento. Se pueden resumir en 3 grandes grupos:

- Parejas homosexuales de mujeres que acuden porque no pueden conseguir una gestación de manera natural mediante el acto sexual.
- Parejas heterosexuales que tras detectar un problema para concebir recurran en busca de ayuda (infertilidad o esterilidad de algún miembro de la pareja).
- Mujeres solteras que decidan afrontar la maternidad ellas solas.

En todos los casos el objetivo es el mismo: tener un hijo; pero el camino y, por lo tanto, los sentimientos y experiencias que vivirán durante el proceso serán totalmente distintas. Una pareja homosexual o una madre soltera recurre a estas técnicas sabiendo que es la única manera que tiene de concebir.
En cambio, una pareja heterosexual cuando recurre a las TRA es debido a que no han podido concebir de manera natural. Toda persona que se propone alcanzar algo que desea y que tiene dificultades para conseguir pasa por un “mal momento”. Muchas de las parejas que acuden a los centros de TRA por motivos de infertilidad o esterilidad refieren desánimo, deseos de abandono, angustia, tristeza y muchos efectos negativos causados por el cansancio, la frustración y el desgaste que causa el proceso (6,9).

Los conceptos de infertilidad y esterilidad suelen confundirse. La **infertilidad** es la incapacidad de llevar a término un embarazo; se da lugar la concepción/embarazo, pero no se consiguen recién nacidos viables. En cambio, la **esterilidad** se entiende como la incapacidad para concebir a pesar de mantener un adecuado número de relaciones sexuales, transcurridas de 12 a 24 meses. (9,10)

La SEF afirma que en España existen entre un 15% y un 20% de parejas en edad reproductiva que, deseando tener hijos, están afectados por procesos de esterilidad o infertilidad. La mujer después de los 35 años disminuye su fertilidad y la probabilidad que presenta de concebir, se reduce considerablemente (7, 10,11).

Las causas que disminuyen la fertilidad son muy diversas y, contrariamente de lo que se pensaba antiguamente, puede deberse al hombre o a la mujer en un porcentaje bastante similar. El 35-40% de las causas de esterilidad son de origen femenino, las causas masculinas podrían corresponder al 35-40% de los casos, un 25% de las ellas son mixtas y un 10% de etiología desconocida (9).

La mujer puede verse afectada con defectos tubáricos, enfermedades como la endometriosis, malformaciones uterinas…; y el hombre con alteraciones mecánicas en la erección, la cantidad y/o calidad del esperma (azoospermia, oligozoospermia…) (5,6,9).

Los resultados del primer estudio poblacional que se realizó en España sobre la calidad del semen concluyó que el 53%, es decir, más de la mitad de los varones de Tarragona presentan un semen que no cumple los parámetros de normalidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto no significa que la mitad de los tarraconenses sean estériles, pero sí que se aprecia una reducción importante de la fertilidad masculina (12).

Aunque todas las personas que recurren a las TRA son sometidas a un proceso diagnóstico antes de iniciarlas, en las parejas heterosexuales son en las que éste juega un papel más importante ya que serán las que más probablemente acudan por un motivo de esterilidad, es decir, un problema clínico el cual debe ser diagnosticado. Comprende la realización de una entrevista (anamnesis), exploraciones físicas y analíticas de sangre en ambos; seminogramas en el varón, ecografías o histerosalpingografías en la mujer (6,9).

En los planes normales de una gestación puede caber la actuación de un obstetra y una matrona. Pues, cuando se ven involucrados en los procesos de TRA por un diagnóstico de infertilidad o esterilidad se encuentran con nuevos profesionales como biólogos, ginecólogos, enfermeras, radiólogos, ecografistas, analistas, psiquiatras y psicólogos (9).

El objetivo principal que desempeña enfermería en la unidad de reproducción asistida es el de ofrecer una atención continua a todas las parejas que acuden a estos centros. Enfermería se encarga de la acogida, de ofrecer información, de asesorar, realizar educación sanitaria, coordinar todos los procedimientos y brindar soporte emocional. La enfermera, tiene un papel muy importante por su cercanía a la pareja, lo que favorece una efectiva transmisión de información, disminución de la ansiedad, y ayuda a la hora de aplicar los tratamientos pertinentes de la reproducción asistida (10).

Este proyecto pretende identificar los sentimientos y las principales preocupaciones de los hombres y mujeres que recurren a algún tipo de técnica de reproducción asistida en Tarragona, con el objetivo conseguir un sueño tan ansiado para ellos como es el concebir a un hijo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Definición y tipos de esterilidad

3.1.1 Fertilidad

Se denomina fertilidad a la capacidad que presentan los seres vivos para reproducirse (8).

3.1.2 Infertilidad

Incapacidad que presenta una pareja que, independientemente de los tiempos considerados, no consiguen tener recién nacidos viables o de llevar a término un embarazo. Este término engloba aquella mujer que padece múltiples abortos o mortinatos sin explicación. Se considera infértil aquella pareja que tiene dos abortos consecutivos o más de tres alternos (7,8).

3.1.3 Esterilidad

Se entiende como "*la incapacidad que tiene la pareja de concebir después de un año de relaciones sexuales sin protección frente al embarazo*". Esta situación es irreversible en contraposición a la infertilidad y afecta al 10-15% de las parejas en edad fértil. Lo que supone que 1 de cada 7 parejas en edad reproductiva van a presentar dificultades para poder desarrollar descendencia (9,10).

Debemos diferenciar la **esterilidad primaria**, que es el caso de una pareja que nunca ha logrado un embarazo, tras un periodo de 12 a 24 meses de relaciones sin métodos anticonceptivos. Y la **esterilidad secundaria**, es la que experimenta la pareja cuando ya ha tenido algún hijo, pero no consigue el embarazo tras 12 a 24 meses manteniendo relaciones sin protección (9,10).

3.1.4 Subfertilidad

Se define como "*la disminución de la capacidad para concebir*", esta situación se produce con bastante frecuencia tanto en el hombre como en la mujer, pero puede ser compensada cuando un miembro de la pareja presenta una fertilidad elevada (10).

3.2 El aparato reproductor masculino

3.2.1 Anatomía del aparato reproductor masculino

Algunas de las principales funciones del aparato reproductor en el hombre son: la producción de espermatozoides (espermatogénesis), su almacenamiento y el posterior depósito en el tracto genital femenino con la finalidad de llevar a cabo la fecundación del óvulo (9,10). Bmmn

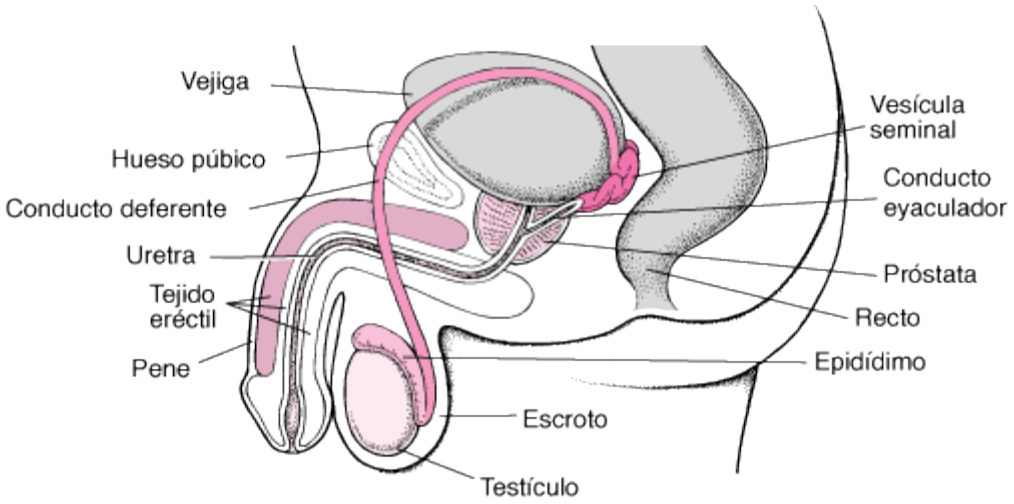

Ilustración 1 - Aparato reproductor masculino (Manual MSD)

https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-masculina/biolog%C3%ADa-del-aparato-reproductor-masculino/estructura-del-aparato-reproductor-masculino

Las principales partes del aparato reproductor masculino son:

- *Testículo.* Sus funciones principales son la producción de espermatozoides (espermatogénesis) y de las hormonas sexuales masculinas. Es un órgano cuyo origen se encuentra en el interior de la cavidad abdominal, a pesar de ello durante el desarrollo fetal, este migrará a través del abdomen hasta su colocación final en el adulto dentro de la bolsa escrotal. Con esta migración se consigue la formación de los espermatozoides, ya que se necesita una temperatura optima, esta debe ser de 5 grados inferior a la corporal. La espermatogénesis se produce en los túbulos seminíferos, donde se encuentran las células de Sertoli, estas son las que protegen y a las células germinales en las distintas etapas evolutivas hasta que se convierten en espermatozoides. También podemos encontrar en el espacio intertubular las células de Leydig, se encargan de la síntesis, almacenaje y secreción de andrógenos testiculares (9,10).

- *Vía Seminal.* Un conducto largo, cuya función principal es el transporte de los espermatozoides. En su interior también se produce la maduración definitiva de los espermatozoides. A través de su trayecto, va adoptando distintos nombres:
    a) Epidídimo: Tubo pequeño, cuya función es transportar los espermatozoides desde el testículo hasta el conducto deferente.
    b) Conducto deferente: Este acaba uniéndose a la vesícula seminal para dar lugar al conducto eyaculador. Los espermatozoides pasan a través de él. Forman el cordón espermático junto con los nervios y los vasos sanguíneos y linfáticos.
    c) Conducto eyaculador: Se localiza en la base de la próstata y se abre en la porción prostática de la uretra. Su función es la de expulsar los espermatozoides y el líquido seminal a la uretra.
    d) Uretra: Es la última conexión de los testículos con el exterior. Cerca de su origen, se encuentran las glándulas de Cowper (10).

- *Pene.* Es el órgano copulador del hombre, y el responsable del depósito de espermatozoides en la vagina de la mujer, a fin de producir la fecundación.

- *Glándulas accesorias.* Segregan el medio líquido, forman el líquido seminal (semen) junto con los espermatozoides (9,10).
    a) Vesículas seminales: Son unas estructuras en forma de saco, que se encuentran en la parte de detrás de la vejiga. Estas secretan una sustancia de tipo mucoide que da volumen al semen eyaculado.
    b) Próstata: Glándula en forma de castaña que rodea a la uretra y se encuentra por debajo de la vejiga. Agrega un líquido lechoso y alcalino al semen. Esta alcalinidad es muy importante ya que ayuda a neutralizar el líquido ácido de los conductos deferentes y el ácido de las secreciones vaginales, así aumenta la viabilidad y motilidad de los espermatozoides.
    c) Glándulas de Cowper: Se encuentran por debajo de la próstata a los dos lados de la uretra. Producen una secreción mucoide y suministran líquido alcalino al semen (10).

3.2.2 Causas de esterilidad masculina

Los factores que pueden interferir la formación normal de espermatozoides, su transporte o el proceso de fecundación son múltiples. A pesar de los grandes avances de estos últimos años, aún son muchas las causas desconocidas de esterilidad. Además, en la actualidad se ha producido un incremento de esta patología. Motivos de

ello podrían ser el cambio de ritmo de vida, el deseo de fertilidad en edades más avanzadas, el efecto de distintos tóxicos y el aumento de promiscuidad sexual con las posibles infecciones que implica (9,10).

Tabla 1 - Causas de esterilidad masculina

AMBIENTALES	**Contaminación**	- Radiaciones - Pesticidas e insecticidas - Metales pesados
	Sociales	- Estrés - Tóxicos profesionales - Hábitos tóxicos (alcohol, drogas, tabaco…)
SISTÉMICAS	**Psicológicas** **Hormonales**	- Hipoandrogenismo/ Hipogonadismo - Resistencia androgénica
	Inmunológicas	- Congénitas - Adquiridas
	Medicamentosas	- Quimioterapia - Hormonas - Antiinfecciosos
GONADALES	**Mal descenso testicular vascular**	- Arterial (isquemia) - Venosa (varicocele)
	Infecciones	- Germinales (alteración de la espermatogénesis) - Genéticas (alteraciones del cromosoma Y)
VÍA SEMINAL	- Disgenesia intra/extratesticulares - Alteraciones del meato uretral (hipospadias) - Obstrucción	
MECÁNICAS	- Alteración de la erección - Alteración de la eyaculación	
SEMINAL	- Alteración de células espermáticas - Alteración del plasma seminal	

3.3 El aparato reproductor femenino

3.3.1 Anatomía del aparato reproductor femenino

Anatómicamente, el aparato reproductor femenino lo forman los órganos genitales que podemos dividir en dos, externos e internos.

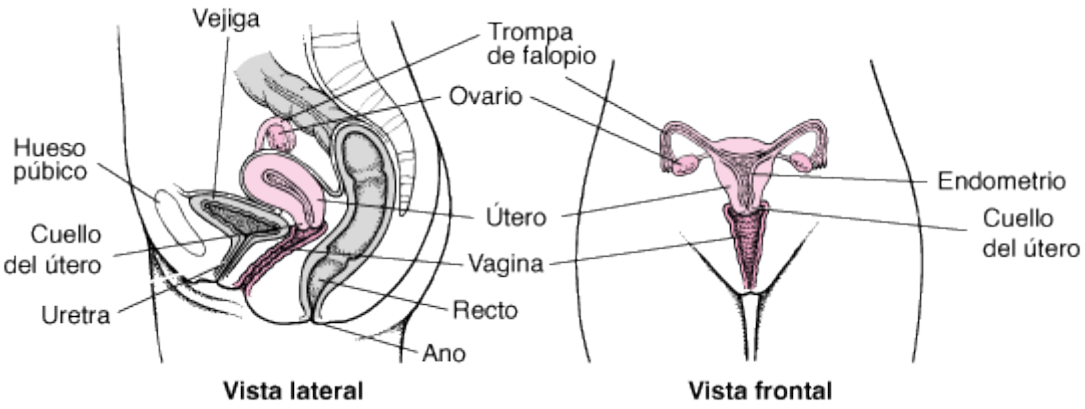

Ilustración 2 - Aparato reproductor femenino (Manual MSD)

https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/biolog%C3%ADa-del-aparato-reproductor-femenino/órganos-genitales-internos-femeninos

Los genitales externos, que forman un conjunto llamado **vulva,** se componen de:

- *Monte de Venus*. Un acolchado de tejido graso blando que cubre el hueso pelviano, cubierto por vello púbico después de la pubertad.
- *Labios mayores.* Dos pliegues gruesos de la piel que se encuentran debajo del monte de venus.
- *Labios menores*. Dos pliegues pequeños que se encuentras debajo del monte de Venus.
- *Clítoris.* Se encuentra en la parte superior de los labios menores. Es un órgano eréctil que desempeña una función importante en la excitación sexual.
- *Meato uretral.* Situado debajo del clítoris el cual es el orificio de salida de la orina.
- *Abertura de la vagina.* Entrada de la vagina, cubierta por el himen.
- *Glándulas de lubricación.* Son las de Skene y Bartholino, cuya función será la lubricación de los genitales externos (9,10).

Los genitales internos comprenden:

- *Ovarios.* Dos órganos pequeños que se encuentran en la parte inferior del abdomen que tienen la forma y el tamaño de una almendra, y se sitúan a ambos lados del útero. Son los encargados del desarrollo y expulsión del óvulo, y de producir las hormonas (estrógenos y progesterona) asegurando así su correcto funcionamiento (9,10).

- *Trompas de Falopio*. Dos conductos tubulares delgados, flexibles y musculares. Tienen una longitud de 6 a 9 cm, y su función es posibilitar la llegada del óvulo hasta el interior de la cavidad uterina. Cada trompa tiene dos aberturas: una dentro de la cavidad uterina y otra en la cavidad abdominal, esta última se encuentra cerca del ovario, y en su extremidad presenta múltiples proyecciones digitales llamadas fimbrias, que se encargan de recibir al óvulo cuando sale del ovario y lo guían al interior de la trompa. Normalmente en las trompas es donde se crea la unión del óvulo con el espermatozoide (9,10).

- *Útero*. Un órgano muscular hueco que se localiza en la pelvis femenina, entre vejiga y recto, tiene forma de pera invertida. Mide aproximadamente 7,5 cm de largo y 5 cm de ancho, aunque durante el embarazo crece notablemente. Si no hay embarazo pesa alrededor de unos 60 gramos, llegando a unos 1000 gramos en el embarazo. Está formado por dos partes, el cérvix o cuello de útero, que es la zona más inferior, situada en el interior de la vagina y posee una forma más alargada y estrecha, y el cuerpo del útero que es la parte más ancha, y se encuentra por encima del cuello. Consta de dos capas, la más interna se denomina endometrio, es una capa vascular y la que se escama durante la menstruación y el parto. Y la más externa es el miometrio o capa muscular, que tiene la capacidad de contraerse durante el parto, y así hacer que el feto pueda ser impulsado hacia fuera del útero (10).

- *Vagina*. El órgano muscular que conecta el útero con el exterior del cuerpo. Se sitúa entre la vejiga y el recto y mide aproximadamente 10 centímetros. La pared vaginal está formada por una vía recubierta de membranas mucosas que mantienen la humedad y la acidez y la protegen frente a posibles infecciones. Esta mucosidad que reviste sus paredes internas se pliega sobre sí misma dando lugar a pliegues vaginales, que permiten que la vagina se pueda estirar durante el parto, así como alojar el pene en el momento del coito (9,10).

3.3.2 Causas de esterilidad femenina

Los factores que pueden ser causa de esterilidad femenina y serán estudiados por parte del ginecólogo son los siguientes (10):

Tabla 2 - Causas de esterilidad femenina

GENERALES	- Alteraciones orgánicas y funcionales neurohipofisarias y de las glándulas suprarrenales y tiroides. - Obesidad y adelgazamiento extremo - Enfermedades sistémicas graves - Abuso de drogas y ciertos medicamentos
VALVULARES Y VAGINALES	- Atresia - Aplasia - Lesiones ocupantes de espacio
FACTORES OVULATORIOS	- Anomalías congénitas - Insuficiencia ovárica - Síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) - Déficit de fase lútea - Síndrome de folículo lutenizado no roto (LUF) - Endometriosis - Inflamaciones y tumores - Alteración de la calidad ovocitaria
FACTOR CERVICAL	- Anomalías congénitas (atresias, estenosis, cuellos dobles, tabiques) - Modificaciones de la posición, tamaño y forma del cuello - Pólipos y miomas cervicales - Lesiones traumáticas - Alteraciones funcionales
FACTOR TUBÁRICO	- Anomalías congénitas - Salpinguitis - Obstrucción tubárica - Hidrosalpinx
FACTOR PSÍQUICO	- Aquellas que impidan la realización del coito (vaginismo) - Estrés psíquico
FACTOR IMMUNITARIO	- Incompatibilidad del grupo sanguíneo AB0 - Presencia de anticuerpos circulantes en suero u otros fluidos orgánicos

3.4 Evaluación diagnóstica de la infertilidad

La fecundidad media no es muy alta en la especie humana, ya que una pareja que tenga coitos regulares, sin protección, de dos a tres veces por semana, no alcanza un embarazo en más del 15% de los casos durante el primer mes, y durante el primer año sólo en el 90% de las parejas quedan gestantes. Es decir, no se puede hablar de esterilidad hasta pasado unos 12-18 meses (9).

En la actualidad, una pareja consulta después de un año de relaciones sexuales infructuosas sin protección anticonceptiva. La edad de la mujer es un factor muy importante ya que, si hay sospecha o evidencia de que pueda ser el factor causante de infertilidad, el inicio del estudio podrá verse adelantado (6,9).

Los objetivos de la evaluación diagnostica de la pareja infértil son descubrir la causa o causas de la infertilidad, establecer un pronóstico y ofrecer la terapéutica con mayores posibilidades de conseguir un embarazo. Además, es durante este proceso cuando se debe informar y disipar mitos y falsas impresiones sobre las TRA así como las dudas que puedan tener sobre ellas (6).

El estudio de toda pareja que acude a algún centro dónde se ofrecen TRA, debe iniciarse con una *anamnesis* de la mujer y del hombre, sin restringir la comunicación espontánea entre profesional y pareja.

Un primer contacto positivo entre la pareja y el profesional permite establecer una relación de confianza mutua adecuada y duradera que favorecerá un mejor diagnóstico y, consecuentemente, la elección del mejor tratamiento (6,9).

Aún que la entrevista se suele hacer a la pareja en conjunto, se procura interrogar por separado a los cónyuges para detectar datos que se pueden ocultar durante la entrevista conjunta (6).

Durante la anamnesis de la **mujer** se pretende conocer (9):

- Edad
- Antecedentes menstruales.
- Antecedentes obstétricos y medico/quirúrgicos o infecciosos.
- Frecuencia coital y existencia de dolor.
- Hábitos tóxicos.
- Métodos anticonceptivos utilizados anteriormente.

Posteriormente, se debe realizar una exploración física que incluye (9):

- Talla y peso

- Tensión arterial
- Palpación mamaria
- Distribución del vello corporal
- Exploración abdominal y ginecológica

Después, se procede a la investigación de los diversos factores etiológicos que pueden estar causando la esterilidad de la mujer. Así como el registro de la temperatura basal o un análisis de sangre para la determinación hormonal que diagnosticarían un factor ovárico; o una ecografía o histerosalpingografía para diagnosticar un factor uterino o tubárico (9).

Los datos que se pretenden conocer del **hombre** durante la anamnesis son (6):

- Ocupación, exposición a tóxicos ambientales o a altas temperaturas, tipo de ropa interior.
- Hábitos tóxicos.
- Frecuencia coital, disminución de libido sexual, impotencia o eyaculación precoz.
- Antecedentes infecciosos o medico/quirúrgicos.

La edad, en el caso del varón, no toma la misma importancia como lo hace la de la mujer. El proceso de envejecimiento en la gónada masculina no es tan marcado y uniforme, es decir, la disminución de espermatozoides no sucede de manera brusca (9).

La exploración física dirigida al varón comprende (6):

- Constitución física general.
- Examen peniano.
- Características sexuales secundarias.
- Distribución de grasa i vello corporal.
- Características tumorales o post quirúrgicas.

Además, se le realizará un análisis de la calidad del esperma llamado *seminograma*, que pretende determinar la concentración, motilidad o morfología de los espermatozoides. Para ello, el varón deberá guardar una abstinencia sexual de tres a cinco días y la muestra se obtendrá por masturbación.
Una alteración en los resultados de este diagnosticaría un problema de factor seminal, pues el varón se deberá someter a otras pruebas diagnósticas cómo estudios hormonales, ecografías o biopsias testiculares. Si, por lo contrario, la muestra se

encuentra en buenas condiciones el ginecólogo deberá profundizar en las causas femeninas de esterilidad (6,9).

3.5 Técnicas de reproducción asistida

Las técnicas de reproducción asistida (TRA) surgen con el objetivo principal de: maximizar las posibilidades de fertilización y de embarazo viable. Son técnicas que están en constante cambio y en las que se observa una gran variabilidad en la práctica clínica (5).

La elección de la técnica de reproducción dependerá de los distintos factores, como del diagnóstico de la causa de la esterilidad, la edad de la mujer, el tiempo de esterilidad, y (en algunos casos) la propia decisión (10).

3.5.1 Técnicas de baja complejidad

3.5.1.1 Estimulación ovárica (EO)

Administración de diferentes fármacos para inducir la ovulación en mujeres con desórdenes ovulatorios, o para realizar una superovulación o hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en mujeres que van a ser sometidas a otras técnicas de reproducción asistida (5).

Por tanto, puede ser utilizada como terapia única para el tratamiento de la infertilidad o asociada a otro tipo de TRA (5).

Ilustración 3 - Estimulación ovárica (Reproducción Asistida ORG) https://www.reproduccionasistida.org/estimulacion-de-la-ovulacion-en-fiv/

Indicaciones (5)**:**

- Mujeres con trastornos ovulatorios
- Infertilidad no explicada
- Coadyuvante de otras TRA

Contraindicaciones (5)**:**

- Alteraciones hepáticas
- Intolerancia al preparado

3.5.1.2 Inseminación artificial (IA)

Depósito de espermatozoides de forma no natural en el aparato reproductor femenino, con la finalidad de lograr una gestación. Dependiendo de la procedencia del semen, la IA puede ser clasificada en dos grandes grupos: **IAC** o **IAD** (5).

Debido a su baja complejidad, escaso coste y posibilidades de realizarla en consulta médica del ginecólogo general, representa la técnica de reproducción asistida más utilizada en el mundo. Además, en muchas ocasiones se plantea como terapia previa a otras TRAH como la FIV (5).

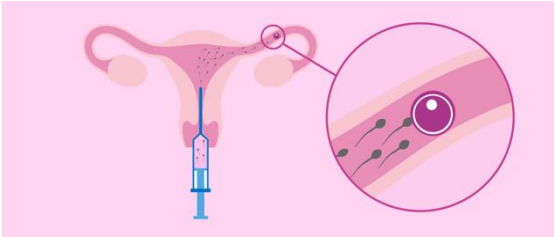

Ilustración 4 - Inseminación artificial (Reproducción Asistida ORG)
https://www.reproduccionasistida.org/el-proceso-de-la-inseminacion-artificial/

Inseminación artificial conyugal o homologa (IAC/IAH)

Consiste en la colocación de los espermatozoides de la pareja de la mujer de forma no natural dentro del útero. Así se consigue (10):

- Evitar la barrera del canal cervical.
- Seleccionar los espermatozoides de mayor movilidad, mediante la capacitación espermática.
- Acercar los espermatozoides seleccionados al lugar de la fecundación, en el momento ovulatorio adecuado.

Indicaciones (5)**:**

- Esterilidad de origen masculino:
    - Incapacidad funcional para depositar el semen en la vagina.
    - Oligoasthenoteratozoospermia: una alteración espermática en la cual se encuentran afectados 3 parámetros seminales: la concentración, la movilidad y la morfología de los espermatozoides.

- Esterilidad femenina:
    - Origen cervical
    - Origen uterino
    - Endometriosis
    - Trastornos ovulatorios
    - Hostilidad de moco cervical

Contraindicaciones (5)**:**

No se consideran candidatas a la realización de esta técnica las parejas que no cumplan los siguientes requisitos:

- Anatomía pélvica que garantice la integridad tubárica: que al menos exista una trompa de Falopio sana.
- Recuento de espermatozoides con movilidad lineal progresiva postcapacitación sea mayor o igual a 3 millones.

Inseminación artificial con semen de donante (IAD)

Consiste en la colocación de semen obtenido de un banco de donantes, dentro del aparato reproductor femenino, con el fin de conseguir el embarazo (10).

La normativa española en el artículo 4 del Real Decreto 412/1996, de 1 de marzo regula que el semen congelado que se emplea para esta técnica debe estar almacenado al menos 6 meses para garantizar la negatividad de dos test VIH y evitar la transmisión de enfermedades infecciosas como la hepatitis B y C (5).

Indicaciones (5)**:**

- Parejas heterosexuales con azoospermia en las cuales la recuperación de espermatozoides a partir del testículo o epidídimo resulta imposible.
- Posibilidad de transmisión de trastornos de origen genético o enfermedades contagiosas al utilizar semen conyugal.
- Mujeres sin pareja
- Cuando la pareja no quiere recurrir a la FIV estando indicada (problemas económicos, etc)
- Fracasos de FIV.

Contraindicaciones (5)**:**

Son las mismas que para la IAH

3.5.2 Técnicas de media complejidad

3.5.2.1 Fertilización in-vitro con transferencia de embriones (FIV-TE)

En 1978 tuvo lugar el primer nacimiento por empleo de esta TRAH. Inicialmente fue desarrollada para el tratamiento de esterilidad femenina por patología tubárica bilateral, pero actualmente el número de indicaciones ha aumentado considerablemente (5).

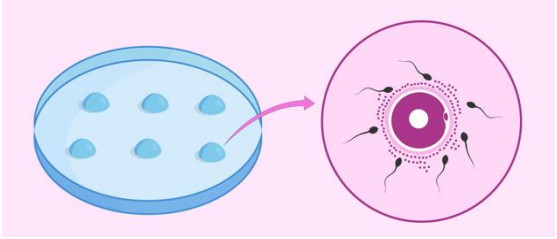

Ilustración 5 - Fecundación in vitro (Reproducción Asistida ORG)
https://www.reproduccionasistida.org/las-tecnicas-de-reproduccion-asistida/fecundacio-in-vitro-convencional/

Consiste en la recuperación de oocitos por laparoscopia o por aspiración guiada por ultrasonidos para su inseminación in vitro con semen de pareja (fresco) o de donante (congelado). Cuando tiene lugar la fertilización, los embriones resultantes son transferidos al útero a través del cérvix o a las trompas de Falopio (transferencia tubárica) para que se implanten en él y se pueda continuar con el crecimiento que dará lugar al feto (5,10).

Habitualmente antes de la recuperación de ovocitos se suele someter a la mujer a un ciclo de EO para garantizar la maduración del mayor número posible de ovocitos (5).
Esta técnica es muy compleja, y precisa de gran tecnología con un gran coste (10).

Indicaciones (5,10)**:**

- Oclusión, daño inoperable o ausencia bilateral de trompas de Falopio (en este caso sería la indicada la FIV como primera opción)
- Infertilidad asociada a un factor masculino con insuficiente número de espermatozoides móviles.
- Infertilidad asociada a endometriosis
- Cuando existen defectos en la ovulación
- Cuando han fallado otras técnicas menos invasivas como la IA.

Contraindicaciones (5)**:**
Patología que desaconseje el tratamiento y/o embarazo.

3.5.2.2 Transferencia intratubárica de gametos (TIG)

Se desarrolló con el objetivo de simplificar la técnica de fertilización *in vitro* aún que en la actualidad se usa poco.

Implica la colocación de los oocitos y del semen en la trompa de Falopio para que tenga lugar allí la fertilización, consiguiendo un ambiente más fisiológico. Previamente, los folículos son aspirados mediante laparoscopia o ecografía (5).

Indicaciones (5)**:**

Las mismas que la fertilización *in vitro*, cuando no se puede aplicar dicho tratamiento. Es necesario que al menos una trompa de Falopio se encuentre sana o permeable.

Contraindicaciones (5)**:**

Esta tecnología estaría contraindicada en casos de esterilidad por factor tubárico.

3.5.3 Técnicas de alta complejidad

3.5.3.1 Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)

Es una variante de la FIV que se basa en la introducción manual de un único espermatozoide en el oocito. Esta técnica ha supuesto un gran avance en la TRAH, especialmente en los casos de patología masculina por defectos severos del semen (teratospermia aislada, etc) (5).

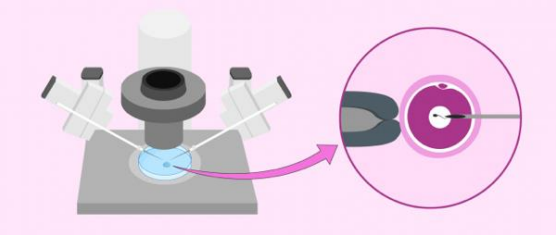

Ilustración 6 - ICSI (Reproducción Asistida ORG)
https://www.reproduccionasistida.org/fiv-icsi/

Antes de instaurarse esta técnica la única posibilidad en estos casos era el recurrir al donante de semen. La técnica ICSI da lugar a tasas de fertilización significativamente superiores a la de la FIV convencional consiguiéndose así una fertilización de alrededor del 75-80% de los ovocitos microinyectados (5,10).

Los espermatozoides necesarios para la realización de esta técnica pueden proceder del eyaculado, del epidídimo (MESA) o del testículo (TESE) (5).

Indicaciones (5)**:**

- Fallos de fertilización total en inseminaciones *in vitro* previas
- Infertilidad por factores masculinos severos.
- Parejas infértiles por semen *borderline*.

Contraindicaciones (5)**:**

- Mismas que la FIV-TE.

3.6 Aspectos emocionales de la infertilidad

Desear tener un hijo y no poder llegar a conseguir este sueño de forma espontánea causa estrés, ansiedad e incluso depresión. Descubrir que no puedes lograr un embarazo es una situación muy traumática, para la cual la mayor parte de las parejas no están preparadas. El estrés está directamente relacionado con la experiencia de la infertilidad, ya que en muchas ocasiones se manifiesta por no saber cuál es la causa exacta, o la incertidumbre de no saber si lograrás tener un embarazo o no. En la actualidad también causa estrés la presión que se tiene del mundo exterior. Muchas de estas parejas consideran la infertilidad como una de las peores crisis de su vida (14).

3.6.1 Aspectos emocionales durante el diagnóstico y el tratamiento

El diagnóstico de un problema de infertilidad puede suponer una “crisis vital” para la persona que lo está sufriendo, se entiende como una alteración del equilibrio emocional que genera cierta desorganización, desesperanza, tristeza, ansiedad y confusión.
Al contrario de las mujeres solas y las parejas de mujeres homosexuales que, por lo general, son personas muy motivadas y que han meditado largamente sobre una maternidad atípica (9).

Según el psicólogo y coordinador del Grupo de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF),” Agustín Moreno *“la infertilidad desestabiliza el equilibrio emocional y de pareja. La autoestima se resiente y surgen sentimientos de culpabilidad y desesperanza”* (13).

Las parejas diagnosticadas de infertilidad suelen vivir las distintas etapas del proceso del “duelo”, ya que este proceso implica una serie de pérdidas o duelos, como por ejemplo la pérdida de esa posibilidad de poder tener un hijo de forma natural con la pareja que compartes tu vida día a día. Las etapas serían las siguientes: (13)

- **Shock**. En esta etapa se pueden ver sentimientos de negación y aislamiento. A veces incluso se suele pedir otra segunda opinión, es decir pueden solicitar otro diagnóstico. En esta fase se tiende a pensar que la infertilidad será pasajera, y que quizás con un tiempo de descanso, el problema se llegará a resolver (13).
- **Enfado y búsqueda de culpables**. Es una respuesta muy común a cualquier situación de infertilidad que se presente. Están enfadados, pero no saben explicar si con ellos mismos, si con el profesional sanitario que les ha diagnosticado o con su pareja (14). La persona se siente tratada de forma injusta, humillada, o fracasada.

Por ello es importante estar preparado con la pareja para afrontar esta etapa unidos y que los enfados no sirvan para atacarse mutuamente entre ellos, y tener en marcha otros proyectos además de tener un hijo (13).

- **Negociación**. En esta fase se intenta hacer todo lo posible para tener el control de la situación, se hacen distintas promesas o se negocia con el fin de que se solucione el problema (13). La oscilación del humor es muy característico de los pacientes en reproducción. Ya que un día pueden estar contentos, esperanzados y deseosos de vivir el proceso y, en cambio, otros días desean que todo acabe y presentan escasa receptividad (14).
- **Desesperanza**. Puesto que el mundo de la infertilidad es un camino largo, muchas personas se sienten abandonadas, desesperadas y desoladas. Aparece el sentimiento de culpa, haciendo sentir a la persona responsable de la situación que le ha tocado vivir (13).
- **Aceptación**. En esta fase el problema de la infertilidad aun no se ha resuelto, pero se ha aprendido a manejar de forma emocional la situación, hecho fundamental para la salud mental de los pacientes. Se acepta la pérdida de ese hijo potencialmente biológico, y su energía emocional se centra más en lograr la estabilidad psicológica y emocional de la pareja. En este punto son capaces de buscar y tomar decisiones responsables alternativas con el fin de solucionar el problema, como sería la adopción, la utilización de TRA, vivir sin hijos, etc. (13)

Algunos de los estados de ánimo que pueden aparecer durante el proceso de reproducción asistida, son:

- ***Aislamiento social y personal.*** Dado que actualmente aún puede continuar siendo un tema tabú por la presión del mundo exterior, y existen falsos mitos sobre la fertilidad. Muchas parejas tienen dificultad a la hora de compartir esta experiencia con las personas de su entorno (13). Este aislamiento es común a las presiones sociales, consejos no solicitados, compasión o burlas. Puede llegar incluso al punto de romper la comunicación entre los integrantes de la pareja, causado por un aislamiento entre ellos dos (6).
- ***Culpa****.* Muchas parejas presentan sentimientos de culpa cuando se está buscando aún la causa de la infertilidad. Es habitual pensar que algunos de los comportamientos vividos anteriormente puedan haber alterado su salud reproductiva, como el hecho de haber usado ciertos métodos anticonceptivos, algún aborto provocado, masturbaciones, prácticas pecaminosas, etc. Llegan incluso a sentir que no valen y que no merecen el embarazo (6, 13).

- ***Ansiedad.*** Este sentimiento se da por la incertidumbre que existe por saber si finalmente conseguirá un embarazo, o a que el tratamiento pueda resultar ser perjudicial para su salud. Las parejas acostumbran a pasar por fuertes estados de ansiedad con una sintomatología clara: cansancio, mareo, dolores de cabeza, dificultad para respirar, etc. (14).
- ***Depresión.*** La depresión es muy frecuente en pacientes con problemas reproductivos, entre otros motivos por la incapacidad de superar el tratamiento, por los problemas que puede conllevar con la pareja o por la dificultad de compartir los problemas que van apareciendo con el entorno que los rodea (13). Puede conducir al aislamiento y al desarrollo de adoptar conductas o hábitos peligrosos como el alcoholismo, comer de forma abundante e incontrolada, o el exceso de uso de fármacos (6).
- ***Cambios de la relación de pareja.*** Se puede ver afectada la relación de pareja en el tratamiento de la infertilidad, ya que requiere de mucha dedicación por parte de ambas partes, las continuas visitas médicas, las intervenciones quirúrgicas, la programación de las relaciones sexuales, etc, afecta a la rutina diaria, y a la vida en pareja, alterando el bienestar físico y psicológico (13).

3.6.2 Impacto psicológico en la mujer

Por múltiples presiones sociales y culturales en cuanto a la maternidad, y a los patrones estereotipados sobre cómo deben desarrollarse las mujeres, ellas son las que padecen y sufren más intensamente esta experiencia de la infertilidad. Su autoestima, su vida en pareja y sus relaciones sexuales se ven afectadas, ya que en muchas ocasiones tienen la sensación de no estar completas, e incluso se pueden llegar a sentir menos femeninas (6).

En ellas se llevan los estudios o procedimientos más invasivos y dolorosos, por ello son comunes los cambios de carácter con los diferentes tratamientos hormonales a los que se someten, o tener que soportar inyecciones, o que se requiera de alguna intervención quirúrgica como una laparoscopia o una histeroscopia, mientras que en el varón todo el procedimiento es mucho más sencillo, y solamente requiere de una muestra de semen que se consigue por masturbación (6).

En cuanto a las emociones, la mujer suele expresar su tristeza o malestar llorando y refugiándose en sus seres queridos (14).

3.6.3 Impacto psicológico en el hombre

Los varones pueden experimentar las mismas reacciones que las mujeres, pero sin embargo no las expresan de la misma manera, ellos intentan cumplir su papel que es el de ser el fuerte de la pareja y dar apoyo a su mujer en el momento en que aparezca una crisis. Por ello, la mujer en muchas ocasiones como percibe que el hombre incluso enfrentándose a la misma situación que ella, lo vive de manera poco expresiva, se le acusa de indiferente (6).

En el momento en que la causa de infertilidad se encuentra en el hombre, a todo lo anterior se suma el sentimiento de culpabilidad (6).

Cuando se trata de un problema de infertilidad masculina, se produce una situación muy frustrante para el hombre, ya que normalmente no existe una explicación médica satisfactoria, ni un tratamiento útil. Entonces es cuando se tienen que enfrentar a situaciones más difíciles psicológicamente como utilizar espermatozoides de donantes, o extraer sus espermatozoides por biopsia, etc. (6).

A este hecho se suma la culpabilidad de tener que someter a tu esposa a seguir un tratamiento entero de reproducción asistida, cuando la fertilidad de ella es completamente normal (6).

En cuanto a la expresión de las emociones o del malestar, los hombres tienden más a adoptar conductas de evasión, se refugian en su trabajo, o en sus amigos (14).

3.6.4 Apoyo social

El apoyo social consigue aminorar algunas consecuencias del estrés. La influencia del apoyo social resulta ser positiva a la hora de afrontar distintos problemas, entre ellos la infertilidad (13).

También es cierto que a cuántas más personas se informe del proceso por el que están pasando, más personas serán las que se preocupen y pregunten, y que por tanto puedan llegar a agobiar, o que en el caso de que se obtenga un resultado negativo, más veces habrá que repetirlo (14).

Es importante tener un apoyo social, ya sea algún amigo o familiar cercano con el que se pueda conversar cada vez que les apetezca o lo necesiten, y para ello este número de personas debería ser reducido (14).

3.6.5 Mujeres solteras y parejas de mujeres homosexuales

En este caso las emociones y situaciones que se dan son totalmente distintas a la de una pareja heterosexual, que acuden a la consulta porque no necesariamente existe un problema reproductivo (14).

Estas mujeres normalmente suelen llegar a la consulta felices y muy ilusionadas y seguras de su decisión. El pensamiento de tener un hijo en aquellas mujeres que no tienen pareja, o en parejas del mismo sexo, es un hecho muy meditado, y su decisión anteriormente ha sido tomada con mucha seguridad y estabilidad (14).

Normalmente constan con el apoyo de las redes sociales, pero a veces encuentran ciertas dificultades a la hora de tener ese apoyo familiar, o de comunicar a sus familias la decisión que han tomado de tener un hijo, y de poder contar con ellos (14).

En el caso de las parejas homosexuales, normalmente el niño estará relacionado biológicamente de forma única con un miembro de la pareja, por ello es muy importante incentivar al otro miembro en todos los pasos del tratamiento, para que pueda participar y acompañar en todo el proceso, puesto que el deseo de ser madres es de las dos y así se consigue que la experiencia que se viva sea en pareja (14).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Conocer la experiencia de las parejas o mujeres que recurren a técnicas de fecundación asistida con el fin de concebir un embarazo en la población de Tarragona.

4.2 Objetivos específicos

I. Describir el proceso por el que pasan las parejas y mujeres que acuden a las TRA con la finalidad de ser padres/madres.
II. Conocer las diferentes técnicas de reproducción asistida disponibles actualmente en Tarragona.
III. Conocer los tipos de financiación existentes.
IV. Valorar el soporte profesional y los recursos que disponen las parejas implicadas en el proceso.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación trató de describir y entender las emociones, sentimientos, valores y experiencias por las que pasan las personas que se someten a TRA.
Para dar respuesta a estos objetivos se eligió la metodología cualitativa, ya que esta, permite comprender el complejo mundo de la experiencia desde el punto de vista de las personas que están pasando por ese proceso.

Para la elaboración de un marco teórico amplio, que permitiera establecer las bases teóricas del estudio, se efectúo una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, utilizadas en ciencias de la salud, como Pubmed, Dialnet, Scielo, Medline, TESEO.
Los descriptores de búsqueda empleados fueron: **"infertilidad", "fertilidad", "esterilidad", "reproducción asistida", "gestación"**.
Se usaron los operadores booleanos "AND" y "OR".
Se incluyeron los artículos, tesis, trabajos académicos, etc, en base a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Documentos o artículos publicados o revisados a partir del 2002.
- Idiomas: Catalán, Castellano o Inglés.

Criterios de exclusión:

- Idiomas que no fuesen ni el Catalán, Castellano o Inglés.
- Documentos o artículos científicos que hayan sido publicados antes de 2002 o que no hayan sido revisados después de 2002.
- Documentos o artículos que requerían de pago para poder visualizarlos.

Para la recopilación de la información, la estrategia elegida fue la entrevista individual semiestructurada por ser flexible, dinámica y no directiva. Este tipo de entrevista permite obtener información más completa y profunda, así como también nos posibilita aclarar dudas durante el proceso. Además, permite al entrevistado la opción de comunicarse de manera verbal y no verbal.

Muestra de estudio

La muestra de estudio fue configurada por:

1- Mujeres y parejas que acuden a los centros de reproducción asistida solicitando algún tratamiento de reproducción asistida con el fin de ser padres/madres.
2- Profesionales sanitarios implicados en las distintas técnicas de reproducción asistida (matronas, ginecólogos y biólogos).

El muestreo fue de conveniencia y se tuvieron en cuenta distintos elementos a la hora de determinar los criterios de inclusión en el estudio:

Profesionales sanitarios

- El interés o deseo de participar en la investigación, con el previo consentimiento informado.
- Profesionales implicados en las TRA

Mujeres y parejas usuarias de las TRA

- El interés o deseo de participar en la investigación, con el previo consentimiento informado.
- Que hubieran estado un mínimo de 3 meses sometidos a alguna TRA.
- Mujeres y hombres mayores de 18 años.

Trabajo de campo

Se contactó, mediante correo electrónico, con los posibles profesionales y centros participantes en el estudio, a los que se les propuso un encuentro para la participación en este. Finalmente, aceptaron participar en el estudio las responsables de Reproducción del Hospital Joan XXIII y de dos clínicas privadas de Tarragona que para mantener su confidencialidad las nombraremos *clínica privada 1* (CP1) y *clínica privada 2* (CP2).

Las tres entrevistas, previa firma de la hoja de información y consentimiento informado (Anexo 4), se realizaron en la institución correspondiente al profesional entrevistado, durante el mes de Febrero de 2020.

Los profesionales facilitaron durante la entrevista los contactos de usuarios de sus servicios, para formar parte del segundo grupo del estudio. Se procuró que la muestra fuera lo más heterogénea posible, comprendiendo así personas mayores de edad de distintas edades dentro de la edad reproductiva (18-40 años), y con distinta elección de tratamientos. Finalmente, se realizaron 4 entrevistas: una mujer soltera (Anexo 8), dos parejas heterosexuales diagnosticadas con algún problema de infertilidad (Anexos 9 y 10), y una pareja de mujeres homosexuales (Anexo 11).

Las entrevistas con las parejas y mujeres usuarias de TRA, previa firma de la hoja de información y consentimiento informado (Anexo 3), se realizaron durante los meses de Febrero y Marzo de 2020. Se les comentó la necesidad de grabación de la entrevista, asegurando una total confidencialidad.

Las entrevistas siguieron, en los dos grupos, un guion previamente establecido, en base a los objetivos planteados en la investigación. (Anexos 1 y 2)

Se procedió a continuación a la transcripción y posterior lectura individual con la finalidad de destacar las categorías y subcategorías encontradas en el discurso.

Posteriormente, se triangularon los datos entre las investigadoras con el fin de unificar las categorías y subcategorías para extraer un único resultado.

6. RESULTADOS

La información extraída de las entrevistas semiestructuradas que realizamos a pacientes y profesionales sanitarios fueron transcritas literalmente tras sus grabaciones. A la hora de analizar los resultados obtenidos, se crearon siete dimensiones, surgiendo distintas categorías dentro de cada una de ellas.

A partir de la lectura y la revisión de las entrevistas y mediante el proceso de codificación, agregamos fragmentos literales de los entrevistados, a partir de los cuales pudimos clasificar, sintetizar y analizar los datos.

Las distintas dimensiones a partir de las cuales organizamos los resultados fueron: "Motivos de acudir a las TRA", "Los centros", "Proceso diagnóstico", "Sentimientos o emociones encontradas", "Economía y financiación", "Aspectos sociales" y "Receptores de gametos". Tras detenidas lecturas de las entrevistas, se pudieron extraer las distintas categorías, que nos facilitó el poder ordenar y catalogar la información obtenida de las respuestas de los sujetos estudiados.

Las entrevistas se nombran de manera abreviada de la siguiente manera:

-*Entrevista Reproducción Hospital Joan XXIII de Tarragona:* HJXXIII

-*Entrevista Clínica privada 1:* CP.1

-*Entrevista Clínica privada 2:* CP.2

-*Entrevista Madre soltera:* MS

-*Entrevista Pareja heterosexual infértil 1:* PHTi.1

-*Entrevista Pareja heterosexual infértil 2:* PHTi.2

-*Entrevista Pareja homosexual de mujeres:* PHM.M

DIMENSIÓN	*CATEGORÍAS*	*DEFINICIONES*
Motivos de acudir a las TRA	**Motivos de iniciar el proceso de las TRA**	Distinguir aquellos casos de necesidad de acudir al centro porque existe un problema reproductivo, de los que no.
	Tiempo transcurrido antes de acudir	Valoración desde el punto de vista clínico y personal del tiempo de búsqueda antes de la primera visita.
	Distintas opciones alternativas a las TRA	Reflexiones a la hora de tener un hijo de forma alternativa a la gestación, por ejemplo: adopción.

Tabla 3 - Motivos de acudir a las TRA

- No siempre hay un único motivo por el cual se acude a las TRA. Se pueden sumar varias causas. Las mujeres solteras o parejas de mujeres homosexuales también pueden tener problemas de infertilidad o esterilidad.

"…Deseaba ser madre soltera" ; "No me quedaba de manera natural…" (Anexo 8. MS)
"…En cap moment vaig tenir dubte de tenir nens" ; "Ser mare era el que més desitjava en el món..." (Anexo 10. PHTi.2)
"…Sempre hem volgut ser mares. La mare gestant del primer fill sempre ha volgut ser mare i ha tingut sempre present aquest sentiment maternal. Jo, en canvi, no ho tenia del tot tan clar com ella" ; "Vam intentar fer inseminació artificial dos vegades, que van resultar ser nules. En el tercer intent em vaig haver d'hormonar…" (Anexo 11. PHM.M)

- En el caso de las mujeres homosexuales acuden a la consulta porque no necesariamente existe un problema reproductivo.

"…Una madre soltera básicamente ella no tiene ningún problema, simplemente le falta "la muestra", entonces ella va a buscar la muestra y se acabó…". (Anexo 5. HJXXIII)
"…El principal i únic motiu pel que vam tindre que acudir a un centre de TRA va ser perquè som dones i malauradament no ens podem gestar nosaltres mateixes…" (Anexo 11.PHM.M)

- El tiempo de búsqueda antes de la primera consulta de infertilidad, depende de la situación y componentes familiares, la edad de la mujer, los conocimientos previos sobre su estado de salud.

"…Durante años probé de quedarme embarazada mediante "amigos". Después de varios intentos con diferentes personas me di cuenta de que este método no me funcionaba..." (Anexo 8. MS)
"…Tenia 25 anys, vam començar a buscar fills i al cap d'un any i pico no ho haviem aconseguit, era molt estrany..." (Anexo 9. PHTi.1)
"…Quan tenía 16 anys em van diagnosticar ovaris poliquistics" ; "Ja sabia que tenia problemes desde molt jove, vull dir, els antecedents eren els que eren, ho tenia bastant asumit..." (Anexo 10. PHTi.2)

- La adopción de un hijo es una de las opciones alternativas a las TRA. Al preguntar sobre esta en las entrevistas, hemos podido observar que había opiniones dispares.

"…Es un proceso muy lento, me ponían muchísimos requisitos, sobre todo económicos, que yo no cumplía. La contemplé peró no se adecuaba a mi situación…" (Anexo 8. MS)
"…Teníem claríssim que no volíem adoptar…" (Anexo 9. PHTi.1)
"…Volíem provar totes les possibilitats abans d'adoptar, però inclús ara tampoc ho descarto..." (Anexo 10. PHTi.2)

- Según si se escoge realizar TRA por el sistema de la Sanidad Pública o los centros Privados, los requisitos que se necesitan para optar a las TRA son distintas:
  En la Sanidad pública, debes llevar 1 año buscando el embarazo de forma activa, ser mujer menor de 40 años y hombre de no más de 55. Además de no tener un hijo vivo.

"…Tienes que llevar 1 año buscando el embarazo de forma activa sin conseguirlo, o si es un caso especial en el que has tenido un cáncer o no tienes pareja esto ya va vía directa. Las mujeres de más de 40 años no tienen acceso, los hombres de más de 55 años no tienen acceso, y si tienes un hijo vivo tampoco tienes acceso…" (Anexo 5. HJXIII)

En cambio, las clínicas privadas consideran que se deben aceptar a las mujeres hasta la menopausia y ambas nombraron la existencia de "una ley no escrita" en España de aceptar a mujeres hasta los 50 años. Además, no establecen un mínimo de tiempo a intentarlo de manera natural.

"…Màxim, la Llei diu que fins que la dona té la menopausa, però això és molt variable, llavors hi ha una norma no escrita que a Espanya no s'agafen dones de més de 50 anys."
"…Si una parella ve i porten tres mesos intentant-ho se'ls hi explica que fa "poc" temps que ho proven però se'ls ofereix realitzar un estudi de fertilitat per a no perdre el temps. Però si ve algú i està molt desesperat i volen i decideixen fer-ho no se li pot dir que no…" (Anexo 6. CP.1)
"…La Llei no estipula i no acaba de posar una edat, però el consens està en els 50 anys, tot i que és cert que a partir dels 43 nosaltres marquem una pauta de transferència obligatòria única d'un embrió per evitar un embaràs múltiple…" (Anexo 7. CP.2)

DIMENSIÓN	*CATEGORÍAS*	*DEFINICIONES*
Los centros	**Motivos de elección**	Criterios de selección de las parejas/madres a la hora de elegir el centro adecuado a sus necesidades.
	Cambios de centro	Reflexiones sobre la atención recibida, nivel de acompañamiento y la confianza recibida por parte del equipo sanitario. Como también los avances técnicos.
	Información sobre centros	Valoraciones de los dos sistemas existentes (Público y Privado).

Tabla 4 - Los centros

- Los centros privados de TRA, han crecido en número y en cantidad de pacientes en los últimos años. Ambas clínicas destacaron que es importante el "darse a conocer" en la ciudad.

"…A nivell individual com a centre no hem notat un creixement exponencial de gent però perquè els mateixos doctors que hi havia aquí han marxat i han obert les seves pròpies clíniques privades…" (Anexo 6. CP1)
"…L'evolució de pacients ha sigut sempre creixent però jo crec que és tant per la tendència social de que realment cada vegada hi ha més demanda, com perquè acabes tenint un nom a la ciutat…" (Anexo 7. CP2)

- El trato y la relación con el paciente varía entre el Sistema Público, dónde es más frío, y el Privado, más cercano y personal.

"…Tenim bastant volum de pacients, tot i així encara podem tractar al pacient de tu a tu, amb la qual cosa hi ha un tracte molt proper…" (Anexo 7. CP2)
"…A la pública el tracte és més fred, correcte, però sense "floritures". Et passaven un paper amb les dosis i marxaves. A la privada, et coneixien, t'explicaven més les coses..." (Anexo 9. PHTi.1)

- Las TRA ofrecidas actualmente por el sistema público de salud de Tarragona, son las estimulaciones ováricas y las inseminaciones artificiales, aunque, si una pareja/mujer requiere TRAs más avanzadas (FIV, DGP o criopreservación) son derivadas (previa lista de espera) a Barcelona, al Hospital Sant Pau.

"…Por la Seguridad Social, en Cataluña, hoy en día, entran los tratamientos médicos porque no ovulas y te inducen la ovulación, las inseminaciones artificiales esto se hace aquí en el hospital, y las fecundaciones in vitro que se hacen en Barcelona, pero también entran…" (Anexo 5. HJXXIII)
"…Vam fer inseminacions i no va funcionar. Des del mateix hospital ens van derivar al centre de referència de FIV, a Barcelona..." (Anexo 9. PHTi.1)

- El hecho de conocer a alguien que trabaje como profesional sanitario especialista en un centro de TRA o tener referencia de otra persona que ya lo haya vivido y que te lo explique, tiene un gran peso a la hora de elegir el centro. Contribuye a que el posible usuario lo escoja si requiere de algún tratamiento.

"…*És un sector en el que tenim una referencia d'algú que ja ho hagi viscut i que t'ho expliqui doncs sempre és molt positiu…"* (Anexo 7. CP2)
"…Tenía claro, que allí me iría bien, conocía otras opciones pero no llegué a ir por el simple hecho de que en esta clínica conocía al Doctor y tenía más confianza en ellos..." (Anexo 8. MS)
"…El meu ginecòleg també tenía una clínica de fertilitat i vam començar allà, ja que ens coneixia i tot, i vam provar amb ell…" (Anexo 10. PHT.2)
"…Bàsicament el vam escollir pel boca-orella, teníem amigues que ho havien fet i els hi va anar bé" ; "Per triar el centre el que vam fer va ser a través d'internet, doncs vam buscar opinions de diferents centres i vam anar a fer una primera visita a dos clíniques…" (Anexo 11. PHM.M)

- En algunas ocasiones, los pacientes deciden cambiar de centro durante el proceso, algunos de los motivos por los que los pacientes tomaban esta decisión fueron:
  -La confianza que recibían por parte del equipo.
  -Los avances técnicos que disponían los centros.
  -La lista de espera de la Sanidad Pública.
  -La proximidad a la zona de residencia.

"…Com que allà la llista d'espera és molt llarga, mentrestant vam anar a la clínica CP2 aquí a Tarragona…" (Anexo 9. PHTi.1)

"…Vam decidir canviar de centre perquè tot i que era el meu ginecòleg de confiança, no ens va agradar del tot el que va ser el procés i ens va generar molta desconfiança…" (Anexo 10.PHT.2)

"…Vam cambiar del 1r fill als altres 2, perquè ens vam informar de més centres i ens vam adonar que hi havien d'altres que estaven més avançats tècnicament, per aquest motiu ens van donar més confiança a l'hora de garantir-nos l'embaràs" ; "El segon procés el faríem a Tarragona, a la nostra zona de residència…" (Anexo 11. PHM.M)

DIMENSIÓN	*CATEGORÍAS*	*DEFINICIONES*
Proceso diagnóstico	**Pruebas y técnicas**	Realización de pruebas de fertilidad. Las TRA más utilizadas.
	Sentimientos vividos durante el diagnóstico	Reflexiones sobre los sentimientos y emociones que sienten los usuarios al someterse a TRA.
	Espera al inicio del tratamiento	Valoración ante la espera para tener un hijo.
	Medicación	

Tabla 5 - Proceso diagnóstico

- La especie humana somos subfértiles de naturaleza, actualmente aún se considera la reproducción como un ciclo "obligatorio" para el ser humano. Hecho que puede afectar a aquellas personas que no pueden o quieren ser padres en su momento.

"…Des de que som petits a la escola ens ensenyen el cicle de néixer, creixes, et reprodueixes i mors, vas fent el cicle de la vida. Hi ha un moment que en teoria si que et "toca" ser mare, però de vegades ens costa embarassar i llavors ens causa un problema..." (Anexo 7. CP2)

- El proceso diagnóstico por el cual pasan todos los usuarios antes de someterse a cualquier TRA, origina sentimientos y emociones distintas en cada caso. Aquella que no sabía de su problema hasta iniciar los intentos de tener un hijo, la que conocía de los efectos de su síndrome de base y se lo podía imaginar… Hay a quienes les llega

por sorpresa y parejas que ya asumían o imaginaban la dificultad que puede conllevar quedarse embarazada.

"…És una cosa que jo mai m'havia imaginat que em passaria, sempre havia pensat que volia ser mare jove i em pensava que em quedaria embarassada de seguida..." (Anexo 9. PHTi.1)
"…Jo ho portava millor pel fet de que ja tenía problemes des de molt jove, vull dir, els antecedents eren els que eren, ho tenia bastant assumit…" (Anexo 10. PHTi.2)

- En el caso de las mujeres que acuden a centros de TRA porque quieren ser madres y no tienen ningún problema fisiológico, normalmente suelen vivir el proceso felices, a no ser que aparezca algún factor añadido de esterilidad o infertilidad de por medio.

"…Tenim dos perfils de dona soltera, la que te clar des de naixement que ella serà mare i li és igual tindre parella o no, i que entre els 25 i els 30 anys serà mare i està encaradíssima i ho viu súper feliç i súper positiva; i la dona que s'ha trobat en la situació de ser mare soltera per el seu context social, és a dir, ha de fer el primer dol d'acceptar que aquella família, allò que s'imaginava de tindre una parella i amb aquella parella tindre un fill, pues no ha arribat…" (Anexo 7. CP2)
"…Vam viure dos esperes totalment diferents, en el primer embaràs tot va anar genial i ho vam viure molt bé…" (Anexo 11. PHM.M)

- Las pruebas que se realizan en el diagnóstico dependen del centro donde acuden. En algunos el estudio es más extenso y en otros más escueto.

"…Penseu que en qualsevol sector de medicina es pot fer 1 prova o 25, en general no es fan moltes proves en la primera visita, si no que és una mica "anar estructurant les proves" en funció de la complexitat del cas…" (Anexo 7. CP2)
"…A la 1a consulta va ser una mica desorganitzat, com que no em quedava embarassada de forma natural, i ja havia provat les pastilles i jo tenia ovaris poliquistics, el meu ginecòleg va anar directament a la FIV, però no em va fer cap prova"
"A la clínica CP2 de Tarragona ens va fer un estudi molt més exhaustiu que el que ens havien fet anteriorment…" (Anexo 10. PHTi.2)

- El tiempo de espera para iniciar la TRA varía mucho dependiendo de si se ha recurrido al Sistema público o al privado.

"…Deciden ir a la clínicas privadas porque si lo haces por la sanidad pública hoy en día hay un año de espera de inseminación artificial y de de fecundación in vitro en cualquier centro mínimo hay 3 años de lista de espera…" (Anexo 5. HJXXIII)
"…Si, a la pública hi ha molta llista d'espera i a la privada en totes les clíniques és molt poca…" (Anexo 6. CP1)
"…A la sanitat pública, després de la primera consulta, mig any més fins el primer intent de fecundació assistida…" "Com que allà (a Barcelona) la llista d'espera és molt llarga, mentrestant vam anar a la clínica privada CP2 aquí a Tarragona". (Anexo 9. PHT.i)

- En algunos casos, esta espera para tener un hijo se alarga mucho tiempo desde el diagnóstico inicial. El proceso se ve alargado según las complicaciones y la gravedad del caso, la lista de espera del centro al que acuda, la economía de la mujer/pareja...

"…Des de la primera consulta fins a tenir el fill, 8 anys..." (Anexo 9. PHTi.1)

DIMENSIÓN	*CATEGORÍAS*	*DEFINICIONES*
Sentimientos y emociones encontradas	**Síntomas físicos**	Posibilidad de padecer síntomas físicos debido a los tratamientos farmacológicos hormonales y/o invasivos.
	Síntomas psicológicos positivos	Aspectos positivos relacionados con la experiencia.
	Síntomas psicológicos negativos	Aspectos negativos relacionados con la experiencia.
	Fracasos de fecundación y/o abortos	Presencia de complicaciones y toma de decisiones.
	Rendirse	Valoración y opción de abandono durante las TRA

Tabla 6 - Sentimientos y emociones encontradas

- Respecto a los síntomas físicos que pueden aparecer en las mujeres debido a los tratamientos farmacológicos hormonales y/o invasivos, no todas refirieron padecerlos.

"…També depèn de l'estat emocional i físic de la dona ja que, per exemple, s'engreixen molt per les hormones i moltes decideixen esperar…" (Anexo 6. CP1)
"…Em vaig tindre que hormonar, però el resultat va ser una hiper-estimulació ovàrica. Lo que va fer que estigués moltes setmanes al llit i al sofà..." (Anexo 11. PHM.M)
"…En el meu cas no em va afectar de manera física ni de caràcter, el que és cansat és psicològicament…" (Anexo 9. PHTi.1)

- Cuando se someten a la primera TRA, muchas mujeres creen que será la "única y definitiva". La primera espera se hace esperanzadora.

"…És cert que en el mon de la fertilitat et trobes a gent amb molta ansietat, molta angoixa, entre altres coses perquè no estem potser prou informats de que ens podem trobar en aquesta situació…" (Anexo 7. CP2)
"…Los días antes de hacerme el predictor los viví con mucha esperanza e ilusión de cumplir mi sueño..." (Anexo 8. MS)
"…Et penses que la primera vegada que et fan un tractament et quedaràs embarassada…" (Anexo 9. PHTi.1)
"…Aquesta primera in vitro va ser bastant traumàtica perquè quan comences amb un procés d'aquests et penses que això és fàcil, que és un procés ràpid, que al menys a l'embaràs o a la transferència d'embrions arribaràs i no va ser així..." (Anexo10. PHTi.2)

- En algunos casos, las parejas que durante el proceso de TRA sufren algunas adversidades como amenazas de aborto, e incluso abortos.

"…Cuando ví que el resultado del predictor era negativo, me entró un bajón, sentí tristeza, pensé que mi sueño no se cumpliria…" (Anexo 8. MS)
"…L'abort que vaig tenir… Per a molta gent el fet de tenir un avortament és traumàtic, en el nostre cas no et dic que no ho fos perquè va ser un cop dur, perquè quan veus que no tens pèrdues i creus que tot està bé i anirà cap endavant… perquè estava de 10 setmanes quan ens vam enterar… va ser una mica difícil…" (Anexo 10. PHTi.2)
"…En el dels bessons, vaig tenir 3 amenaces d'avort…" (Anexo 11. PHM.M)

- La espera a tener un hijo puede ser larga y amarga en algunos momentos, como en estos fracasos de fecundación. Pero algunos de los mensajes que transmitían eran positivos:

"…Quitando ese momento, todo lo demás ha sido precioso, no lo he vivido no angustiada ni con ansiedad…" (Anexo 8. MS)
"…Però en vam treure la part positiva de tot, era que realment podia quedar-me embarassada, va ser una part molt bona del procés..." (Anexo 10. PHTi.2)
"…Va ser increíble en els dos centres que vam anar, va ser una experiència molt positiva", "El millor que ens va passar, el resultat…" (Anexo 11. PHM.M)

- La afectación psicológica depende del motivo por el que se realiza la TRA. En los casos más graves o donde el proceso se alarga más, los sentimientos van cambiando. Refieren que no es lo mismo el primer aborto, que tener varios.

"…Depèn molt del motiu pel que t'estàs fent aquest tractament..." (Anexo 7. CP2)
"…Primer estàs com més nerviós, conforme van passant els anys, et vas relaxant, vas fen-te la idea de que possiblement "no serà", o de que no és el més important…" (Anexo 9. PHTi.1)

- En cuanto el dejar de intentarlo o el deseo de abandono de las TRA en algún momento del proceso, las parejas alegaron que:

"…Hubieramos dejado de intentarlo si la adopción de embriones hubiera dado negativo…" (Anexo 8. MS)
"…Era la última vegada, la 6a, estava molt cansada…" (Anexo 9. PHTi.1)
"…A la 3a FIV, ens vam plantejar que si no anava bé o tiraríem cap a donants, o no ho se, però el proper pas no era deixar-ho d'intentar…" (Anexo 10. PHTi.2)
"…No vam pensar mai en deixar-ho d'intentar…" (Anexo 11. PHM.M)

- Las clínicas comentan que la gente normalmente no deja de intentarlo.

"…A la clínica sabem la gent que ve i la gent que deixa de venir, però és impossible saber si van a un altre clínica o realment ho deixen d'intentar.", "La gent ho intenta i és bastant reiterativa, normalment tenen ganes…" (Anexo 6. CP1)

DIMENSIÓN	*CATEGORÍAS*	*DEFINICIONES*
Economía y financiación	**Esfuerzo económico**	Reflexiones acerca de los altos costes económicos de los tratamientos, que suponen un importante sacrificio para muchas parejas.
	Precios finales aproximados	Valoración según la técnica empleada y la clínica.

Tabla 7 - Economía y financiación

- Cuando decides ser madre, y sabes que la única solución es recurriendo a TRA, esto supone un esfuerzo económico. Para algunas parejas no les supone un problema, pero otras se tienen que privar de muchas otras cosas de su vida diaria para poder llegar a cumplir el sueño de ser padres/madres".

"…Si tienes 37-38 años y por edad no te puedes esperar más, o tienes los recursos necesarios para ir a la privada, pues lo haces..." (Anexo 5. HJXXIII)
"…Moltes persones que no tenen una estabilitat econòmica prou bona doncs no ho podran fer, i és molt trist voler ser mare i no poder pel diners", "El pitjor de tot va ser el preu…" (Anexo 11. PHM.M)

- La fecundación, puede implicar un gran coste económico a esas familias que no pueden hacerlo de manera natural. En Tarragona, actualmente, se ofrecen dos grandes opciones: Sanidad Pública o Sanidad Privada.
  Todos los tratamientos ofrecidos por la Sanidad Pública son totalmente gratuitos (medicación incluida). Aún así, una de las entrevistadas comentó:

"…La sanitat pública també té un cost. Nosaltres, que som de Tarragona, ens vam haver de desplaçar fins a Barcelona moltes vegades. Els viatges, els peatges, la gasolina, ho has de pagar tu..." (Anexo 9. PHTi.1)

- Los precios de las TRA en las clínicas privadas normalmente varían de unos 1.200 euros (IA) a unos 10.000 euros (FIV), dependiendo del centro, y de los intentos que necesites, pudiendo llegar a gastarte bastante más. A parte sumar el dinero de la medicación.

"…La inseminació artificial depèn també de la medicació que han de prendre però pot quedar entre uns 1000, 1200, 1500€. I La FIV ronda els 6000€…" (Anexo 6. CP1)
"…Ens vam gastar uns 15.000 euros o inclús algo més perquè crec que no estava inclosa la medicació…" (Anexo 10. PHTi.2)

- El factor económico es muy importante y decisivo en las TRA. Va más allá del dinero y puede implicar embarazos múltiples de riesgo, problemas familiares...

"…Normalment s'introdueix només un embrió (dos com a màxim). Tres, legalment es podria però habitualment això ja està molt a la baixa, es veu en gent que va molt apurada econòmicament."; "Hi ha una doble vertent: la banda psicològica i la banda econòmica. No és tot tenir calers, ni és tot ser super positiu; cadascuna de les coses va involucrant en l'altre."; "El factor econòmic és important, i és una cosa que està allí i va cremant..." (Anexo 6. CP1)
"…No és el mateix tenir relacions i tenir un nen que gastarse 15000€ i dir "anem a tenir un nen". Clar passa a ser una decisió molt premeditada i llavors hi ha moments difícils..." (Anexo 10. PHTi.2)

DIMENSIÓN	*CATEGORÍAS*	*DEFINICIONES*
Aspectos sociales	**Psicólogos, grupos de soporte**	Valoración de la posibilidad del centro en cuanto a ofrecer ayuda psicológica.
	Afectación en la relación de la pareja	Aspectos relacionados con la pareja y la experiencia que viven, existencia de alguna afectación psicológica, o no.
	Apoyo social	Reflexiones acerca de cómo deciden llevar el proceso (íntimamente o libremente)

Tabla 8 - Aspectos sociales

- El impacto social que tiene el uso de las TRA en nuestra sociedad hace que cada uno elija de qué manera quiere llevar su tratamiento. Es importante tener apoyo social, pero muchas parejas deciden que el número de personas informadas debe ser reducido, para evitar que puedan llegar a agobiarse. Algunos de los entrevistados optaron por llevarlo de una manera más íntima al principio, pero con el paso del tiempo, decidieron explicarlo.

"…Influeix molt a nivell social, perquè tots els teus amics s'embarassen i tu no, o tot el teu entorn de la feina té fills sense problemes i tu no, i gestionar aquestes emocions de vegades és complicat…" (Anexo 7. CP2)
"…La familia considerava que haviem de tenir fills, no paraven de preguntar. Ho vam explicar i van parar de preguntar…" (Anexo 9. PHTi.1)
"…Si que ho vam informar, però solament a la nostra part més propera"; vam creure que era millor que ho sabessin poques persones, les que sabíem que ens ajudarien en els moments més difícils..." (Anexo 11. PHM.M)

- La pareja se puede ver afectada durante el tratamiento de la infertilidad, ya que requiere de mucha dedicación e implicación.

"…Tiene mucha implicación con la relación de la pareja, es cierto que muchos pacientes que se someten al tratamiento de las técnicas de reproducción acaban separándose, por el impacto psicológico…" (Anexo 5. HJXXIII)
"…Hahaha va haver algun moment complicat"; "Son processos molt cars i l'economia afecta a la parella, el fet d'anar gastant diners i veure que no funciona és bastant fotut"; "…En tot moment em va recolzar..." (Anexo 10. PHTi.2)
"…En el nostre va ens va passar lo contrari, com que la meva parella es va quedar embarassada la primera vegada, per a mi va ser una sort, ja que vaig poder contar amb els seus consells i el seu acompanyament. Va ser un reforç molt positiu per a les dues…" (Anexo 11. PHM.M)

- El hecho de someterse a las TRA puede implicar momentos difíciles, por eso todos los centros contemplan el ofrecer soporte psicológico para aquellos pacientes que lo requieran. Cada centro le da más o menos importancia.

"…Las parejas que lo necesitan, se pueden derivar. Normalmente la mayoría acuden al ASSIR que es el centro de salud sexual y reproductiva, en el que hay un psicólogo especializado en salud reproductiva…" (Anexo 5. HJXXIII)
"…Aquí dins de la clínica no hi treballa cap, però el metge té una llista de psicòlegs que pot recomanar si ho volen..." (Anexo 6. CP1)
"…Aceptar ajuda és molt difícil"; "Els professionals directes que els atenem ja tenim informació per intentar ajudar-los a nivell emocional, també tenim una psicòloga al centre i hem fet moltes iniciatives per treballar aquest tema" ; "Les parelles no solen utilitzar

molt aquesta ajuda psicològica, aquí al nostre centre inclús la primera visita sempre és gratuïta, però costa molt fer veure a la persona que precisa d'ajuda…" (Anexo 7. CP2)

DIMENSIÓN	*CATEGORÍAS*	*DEFINICIONES*
Receptores de gametos	**Semen**	Valoraciones a la hora de elegir los donantes de gametos, según la situación en la que se encuentren.
	Ovulos	
	Embriones	

Tabla 9 - Receptores de gametos

- En el caso de la pareja homosexual y de la mujer soltera, como requieren de esa donación para fecundar-se, este hecho no lo ven como algo negativo, lo tienen normalizado y saben que requieren de ello para poder ser mamás.

"…Només contemplàvem la opció anònima del banc d'esperma de confiança del nostre centre…" (Anexo 11. PHM.M)
"Els sentiment era incertesa, però per sort l'equip ens va acompanyar durant tot el procés, i va fer que estiguéssim més tranquiles"
"…Era consciente de que necesitaba ese semen de donante por requisito fisiológico, no me supuso ningún problema…" (Anexo 8. MS)

- En el caso de las parejas heterosexuales, requerir una donación de gametos no es "imprescindible" por naturaleza. Solo lo será si hay un problema de esterilidad que lo requiera. La única pareja que se posicionó "en contra" de recibir la donación también fue la que no contemplaba la opción de adoptar.

"…Una vegada saben el diagnòstic i se'ls comunica que amb els seus gàmetes propis no es pot fer res i han de requerir a donants els suposa un xoc que a vegades és difícil d'assimilar, un altre punt d'estrès…" (Anexo 6. CP1)
"…De vegades han d'acceptar una donació d'òvuls que no és fàcil, o un banc de semen… acceptar-ho requereix un treball i per tant sempre hi ha un component d'angoixa important..." (Anexo 7. CP2)
"…Teníem clarissim que havia de ser semen conjugal, no havia d'haver donants ni d'una part ni de l'altre…" (Anexo 9. PHTi.1)
"…Vam utilitzar semen conjugal en totes 3 in vitro…" (Anexo 10.PHT.2)

- No todas las clínicas tienen banco de semen y de óvulos propios. Ambas tienen un equipo de psicólogos que consultan a los posibles donantes previamente a la donación.

"…El banco de semen también se hace en Barcelona, aquí solo se hacen inseminaciones con el semen cónyuge de la pareja…" (Anexo 5. HJXXIII)
"…Actualment no tenim banc de semen aquí, el comprem a un altre banc de semen" ; "Un altre moment on sí que hi intervé és per al cribratge de les donants d'òvuls. Per ser donant d'òvuls és obligatori que un psicòleg et valori..." (Anexo 6. CP1)
"…Aquí tenim banc d'òvuls i de semen" ; "La gent candidata a donar òvuls s'ha de mirar que tinguin una bona salut psico-física i han de passar abans per un psicòleg per a que els hi expliqui molt bé que es fa, que ho entengui tot…" (Anexo 7. CP2)

- Cuando para la fecundación se requiere de una donación de gametos o de embriones, las clínicas pretenden seleccionar al más indicado para esa pareja.

"…Me hicieron traer fotografías mías de pequeña, de grande, de mis sobrinos, tíos, hermanos, etc, con el objetivo de encontrar un "semen" que contenga las máximas características propias..." (Anexo 8. MS)

7. DISCUSIÓN

Hoy en día, existe una creciente consciencia colectiva sobre la fertilidad, las tasas de natalidad, el uso de anticonceptivos, los posibles efectos secundarios, y eso conlleva un aumento en el uso de las TRA (9); las clínicas entrevistadas afirman percibir este aumento de pacientes interesados en realizar una TRA y, sobre todo, la apertura de nuevas clínicas de fecundación asistida en la provincia de Tarragona.

Las **TRA** tienen como objetivo maximizar las posibilidades de fertilización y de embarazo viable. Las personas que acuden a realizarse una TRA lo hace con un motivo o una situación distinta. A veces, esos motivos iniciales pueden variar durante el proceso diagnóstico o pueden sumarse varias causas, tal y como se demuestra en el artículo publicado por la SEF (14).

Aunque las TRA empezaron a usarse para tratar la infertilidad de las parejas heterosexuales, actualmente, con el surgimiento de las nuevas formas de familias las madres solteras y las parejas de mujeres heterosexuales también pueden recurrir a ellas para conseguir su maternidad (9). Nuestro estudio confirma que existe un aumento de pacientes de este tipo, así como de asociaciones de apoyo de madres solteras y/o parejas de madres homosexuales, datos que nos proporcionan los distintos centros que forman parte del estudio.

La bibliografía consultada refiere la importancia de seleccionar un centro que tenga experiencia en el tratamiento de la esterilidad, tanto desde el punto de vista científico-técnico y desde las esferas psicológicas y sociales (9), datos que coinciden con las declaraciones que aportan los entrevistados.

Tras el análisis de las entrevistas se percibe que el hecho de conocer a alguien que trabaje como profesional sanitario especialista en un centro de TRA o tener referencia de otra persona que ya lo haya vivido y que te lo explique, tiene un gran peso a la hora de elegir el centro. Contribuye a que el posible usuario lo escoja si requiere de algún tratamiento. Pues, la confianza en el centro y en su equipo sanitario, la facilidad de acceso a este, la disponibilidad de tiempo son los aspectos más valorados tanto en la bibliografía consultada (9) como en nuestro estudio.

Tras el análisis hemos podido comprobar que, si se escoge realizar una TRA por el sistema **Público**, debes llevar 1 año buscando el embarazo de forma activa, ser mujer menor de 40 años y hombre de no más de 55. Además de no tener un hijo vivo. El trato con el paciente es más frío e impersonal.

Según la Dra. Guerra Díaz, España tiene un déficit de centros públicos que ofrecen TRA, y la oferta de la sanidad pública es muy inferior a la demanda (9). Nuestro estudio afirma este suceso ya que a causa de la larga lista de espera que esto genera, la mayoría de los pacientes tuvieron que acudir a centros privados.

Tras el estudio, se ha comprobado que, si se decide acudir al **Sistema privado** de TRA, no se requiere un mínimo de tiempo a intentar el embarazo de manera natural y las clínicas aceptan a las mujeres hasta la menopausia, considerando "una ley no escrita" en España de aceptar a mujeres hasta los 50 años.
Los centros privados de TRA, han crecido en número y en cantidad de pacientes en los últimos años. Ambas clínicas destacan que la importancia de el "darse a conocer" en la ciudad. El trato y la relación con el paciente suele ser más cercano y personal.
El factor económico es muy importante y decisivo en estos casos, puede implicar un gran coste económico. Los precios de las TRA en las clínicas privadas normalmente varían de unos 1.200 euros (IA) a unos 10.000 euros (FIV), dependiendo del centro, de los intentos que necesites… Va más allá del dinero y puede implicar embarazos múltiples de riesgo y problemas familiares.

Todos los usuarios antes de someterse a cualquier TRA, se someten a un **proceso diagnóstico.** Las pruebas que se realizan en el diagnóstico dependen del centro donde acuden, en algunos el estudio es más extenso y en otros más escueto. En ocasiones, la pareja percibe que los estudios y tratamientos no tienen fin o no arrojan resultado (6). Este proceso origina sentimientos y emociones distintas en cada caso, pues hay a quienes les llega por sorpresa y parejas que ya asumían o imaginaban la dificultad que puede conllevar quedarse embarazada (6). Por ejemplo, la pareja que ya sabía que tendría problemas por su diagnóstico de ovarios poliquísticos en su adolescencia.

La espera a tener un hijo puede ser larga y amarga, el proceso se ve alargado según las complicaciones y la gravedad del caso, la lista de espera del centro al que acuda, la economía de la mujer/pareja, etc. El riesgo de que un niño concebido mediante estas técnicas no llegue a nacer es de aproximadamente un 15% (porcentaje similar al del aborto en niños concebidos de forma natural) (9), nuestro estudio coincide y corrobora estos datos ya que tras el análisis se percibe que es habitual sufrir fracasos de fecundación o abortos durante las TRA. Muchas de las parejas que acuden a los centros de TRA por motivos de infertilidad o esterilidad refieren desánimo, deseos de abandono, angustia, tristeza y muchos efectos negativos causados por el cansancio, la frustración y el desgaste que causa el proceso (6,9). Todos los pacientes entrevistados corroboran

este aspecto nombrando al menos un momento donde hubo desánimo, tristeza o cansancio.

La bibliografía consultada afirma que la gente normalmente no deja de intentarlo y que la decisión de finalizar el tratamiento es un aspecto complicado ya que la mayoría de las parejas estériles siempre buscan una nueva opinión médica ofreciendo nuevas esperanzas y oportunidades (9). Las clínicas entrevistadas comentan y afirman que en pocas ocasiones se deja de intentarlo, aunque refieren que sí que algunos lo hacen, no saben si abandonan o simplemente cambian de clínica. Los pacientes entrevistados lo corroboran, aunque algunos de ellos sí que expresaron deseo de abandono en algún momento del proceso, sobre todo los que llevaban más tiempo.

Respecto a los **síntomas físicos** que pueden aparecer en las mujeres debido a los tratamientos farmacológicos hormonales, la bibliografía confirma que son comunes los cambios de carácter (6), pero en contra a lo publicado en estos estudios, nuestros resultados muestran que ninguna mujer entrevistada refiere padecerlos. En cambio, el dolor de las intervenciones, y los efectos secundarios como la hiperestimulación ovárica (6) sí que es reflejado en el análisis de las entrevistas en alguna de las mujeres.

Las mujeres solteras o parejas de mujeres homosexuales normalmente acuden a la consulta como única manera de conseguir la fecundación. Pero tras el proceso diagnóstico, también pueden descubrir tener problemas de infertilidad o esterilidad. Aunque la bibliografía afirma que normalmente suelen vivir el proceso más felices y con más ilusión (9), tras el análisis hemos apreciado que si aparece algún factor añadido de esterilidad o infertilidad de por medio, su situación se equipara a aquellos que acuden por un motivo de esterilidad e infertilidad. En estos casos, las mujeres, requieren de una **recepción de gametos** para fecundarse y este hecho no lo ven como algo negativo, lo tienen normalizado y saben que requieren de ello para poder ser mamás.

El impacto social que tiene el uso de las TRA actualmente en nuestra sociedad hace que cada uno elija de qué manera quiere llevar su tratamiento. La bibliografía consultada afirma que compartir los sentimientos es esencial cuando las personas se enfrentan con los aspectos emocionales de la esterilidad (9). Corroborando este aspecto, los entrevistados comentan que el apoyo social es importante en su momento aún que, muchas parejas deciden que el número de personas informadas debe ser reducido, para evitar que puedan llegar a agobiarse. Por lo tanto, nuestro estudio confirma que es importante tener un apoyo social, ya sea algún amigo o familiar cercano con el que se

pueda conversar cada vez que les apetezca o lo necesiten, y para ello este número de personas debería ser reducido (14).

El hecho de someterse a las TRA puede implicar momentos difíciles, por eso todos los centros contemplan el ofrecer **soporte psicológico** para aquellos pacientes que lo requieran. La bibliografía consultada afirma que la ayuda psicológica puede ser de utilidad para examinar sus sentimientos, determinar sus prioridades y mejorar su capacidad de afrontar la situación (9). Cada centro le da más o menos importancia, algunos tienen psicólogo propio, otros te aconsejan a cuál acudir... Además, en uno de los centros se comentó la iniciativa de recomendar y crear asociaciones, grupos de apoyo, etc. como soporte psicológico alternativo a una consulta con un psicólogo.

Uno de los ámbitos sociales más afectados es el de la pareja (en su existencia) ya que el proceso requiere de mucha dedicación e implicación. Cada miembro de la pareja puede responder a la esterilidad de forma diferente ya que depende de la personalidad de cada uno, de la naturaleza del problema y de la relación entre ambos (9). Durante el análisis de las entrevistas se corrobora la problemática existente entre las parejas, las posibles diferencias entre cada miembro, así como la importancia de la comunicación y el soporte entre ambos en los momentos más difíciles. En cambio, la culpa, la queja, el aislamiento, la agresión y el divorcio (6), no son reflejados durante el análisis de estas.

8. CONCLUSIONES

- La esterilidad es un problema en aumento y, por ello, también aumenta la importancia de los distintos tratamientos para poder ponerle solución.

- Al iniciar un tratamiento, las parejas y mujeres que acuden a centros de TRA, deben pasar por distintas fases previas de examen, pruebas y por último un diagnóstico que permite delimitar las causas de esterilidad y adaptar el tratamiento más eficaz así mismo. A medida que van pasando por las distintas fases, los pacientes requieren una serie de cuidados integrales, entre ellos realizar una correcta acogida, ofrecer información, asesorar, establecer una coordinación de los procedimientos a realizar, promover una correcta educación sanitaria y librar un adecuado soporte emocional.

- Dentro de las técnicas existentes actualmente en Tarragona, existe un amplio abanico de posibilidades a la hora de elegir el tratamiento adecuado, aún y así las dos principales son la Inseminación Artificial (IA) y la Fecundación In Vitro (FIV), ya que son las más utilizadas. También destacamos una serie de métodos complementarios que ayudan a las parejas/madres a lograr su objetivo, el de tener un hijo.

- Respecto a los distintos tipos de financiación, en Tarragona, actualmente se ofrecen dos vertientes: Se puede llevar a cabo mediante la Sanidad Pública o la Sanidad Privada. Dependiendo de la situación y requerimientos de cada paciente, se ajusta más una opción o otra. Los tratamientos que se ofrecen en el ámbito público son totalmente gratuitos, incluyendo así la medicación necesaria. En la sectorización privada los precios se establecen en base a los criterios del centro, los intentos necesarios y la medicación pertinente.

- Al tratarse de un campo muy complejo, requiere un trabajo multidisciplinar en el que intervienen aquellos profesionales que logran que se produzca el embarazo (biólogos, ginecólogos, andrólogos, etc). Por otra parte, encontramos a otros profesionales (psicólogos, enfermeras y matronas) que se encargan de prestar una atención integral al usuario e intentar cubrir las necesidades que vayan apareciendo a nivel psicológico, social y espiritual, con el objetivo de prestar una atención completa y de mayor calidad. Para ello cada centro cuenta de distintas herramientas, e intervenciones enfocadas a obtener un buen estado de salud en todas sus dimensiones.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Idescat. Anuariestadístic de Catalunya. Idescat.cat. 2019. [accessed 2 Dec 2019] Disponible en: https://www.idescat.cat/pub/?id=aec

2. López Villaverde V. La fertilidad en España. Análisis de la evolución de los indicadores demográficos recogidos en España. Sefertilidad.net. 2011. [accessed 2 Dec 2019] Disponible en: https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/libros/libroBlanco.pdf

3. Hernández A, García J, García I, Pardo C. Indicadores demográficos y situación actual de la fecundidad en España [Internet]. Federacion-matronas.org. 2006 [cited 30 December 2019]. Available from: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol7n3pag17-23.pdf

4. INEbase / Demografía y población /Fenómenos demográficos /Encuesta de fecundidad / Últimos datos. Ine.es. 2019. [accessed 2 Dec 2019] Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177006&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

5. Reproducción humana asistida. Descripción de las opciones terapéuticas disponibles. Madrid (2002): Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones.

6. Pérez Peña, E. (2011). Atención integral de la infertilidad. Endocrinología, cirugía y reproducción asistida. 2nd ed. México: Editorial Medica Panamericana.

7. Sociedad Española de Fertilidad [Internet]. Sefertilidad.net. 2011 [cited 30 December 2019]. Available from: https://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf

8. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Boe.es. 2006. [accessed 27 Nov 2019] Available from: https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-9292-consolidado.pdf

9. Guerra Díaz, D. (2002). Cómo afrontar la infertilidad. Barcelona: Planeta.

10. Fernández Martos, B. (2005). Fundamentos de reproducción asistida para enfermería. Alicante: Clínica Vistahermosa.

11. Registro Nacional de Actividad 2017- Registro SEF. Ministerio de Sanidad y Consumo del Bien Social. (2019). [accessed 26 Nov 2019] Available from: http://www.cnrha.mscbs.gob.es/registros/pdf/Informe_estadisticoSEF_2017.pdf

12. Resultados del primer estudio poblacional que se realiza en España sobre la calidad del semen. Institutomarques.com. 2002. [accessed 27 Nov 2019] Available from: https://institutomarques.com/wp-content/uploads/2019/05/jun2002.pdf

13. Importancia de los aspectos emocionales en los tratamientos de reproducción asistida [Internet]. Sefertilidad.net. 2008 [cited 1 March 2020]. Available from: https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/libros/importanciaAspectos.pdf

14. Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida [Internet]. Sefertilidad.net. 2011 [cited 1 March 2020]. Available from: https://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf

10. ANEXOS

ANEXO 1 (Preguntas posibles entrevista profesionales sanitarios)

1. ¿En qué consiste su trabajo en esta clínica, consulta…?
2. ¿Cuánto hace que está abierto esta consulta/el centro? ¿cómo ha sido su evolución en cuanto a cantidad de usuarios/as en los últimos años?
3. ¿Qué perfil de profesionales trabaja en este centro?
4. ¿Qué servicios y técnicas se ofrecen?
5. ¿Hay criterios de selección para que las parejas puedan acceder a este tipo de técnicas, o cualquiera puede acceder?
6. ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que acuden a este centro?
7. ¿Cuál es la TRA que más se emplea en vuestro centro?
8. PÚBLICA: ¿Los usuarios tienen algún tipo de coste?
9. PRIVADAS: ¿Cómo funciona el tema de financiación de las TRA en el centro? ¿Puedes aproximar el precio de cada una de las TRA ofrecidas?
10. ¿Hay lista de espera en vuestro centro?
11. Respeto al proceso diagnóstico, ¿Qué pruebas se realizan y en qué orden?
12. ¿Cómo viven el proceso las parejas diagnosticadas con un problema de esterilidad?
13. ¿Y las mujeres solteras o parejas homosexuales de mujeres?
14. ¿Se les ofrece algún tipo de apoyo emocional/psicológico?
15. ¿Crees que hay afectación psicológica durante el proceso?
16. Después de la primera consulta, ¿Cuál es la duración aproximada de cada técnica hasta conseguir el embarazo?
17. ¿Cómo funcional la donación de semen (conyugal o de banco)?

ANEXO 2 (Preguntas posibles entrevista a parejas/mujeres usuarias de las TRA)

Para mujeres solteras o parejas homosexuales de mujeres que desean ser madres

1. (Edad, estado civil, antecedentes obstétricos, trabajo, estudios...)
2. ¿Cuál es el motivo que te ha llevado a acudir a este centro?
3. ¿A qué centro/centros habéis acudido?
4. ¿Conocías otras opciones?
5. ¿Qué TRA estás empleando para conseguirlo?
6. ¿Has tenido que intentarlo más de una vez?
7. ¿Cuál ha sido el coste económico final?
8. ¿A la hora de elegir el esperma, usaste el banco de semen, que opciones se contemplaron?
9. En el caso de usar el de un donante ¿qué pensamientos os produce esta situación?
10. ¿Has conseguido el embarazo a la primera?
11. ¿Cómo ha sido la espera?
12. ¿Contemplabas o contempláis la opción de adoptar?
13. ¿Cómo valoraríais el proceso?
14. ¿Qué es lo mejor y lo peor del proceso?
15. ¿Habéis pensado en dejar de intentarlo en algún momento?
16. ¿Volveríais a intentarlo? ¿De la misma manera?

Para parejas que desean ser padres

1. (Edad, Estado civil, Antecedentes obstétricos, trabajo, estudios...)
2. ¿Cuál es el motivo que te ha llevado a acudir a este centro?
3. ¿Tenéis hijos?
4. ¿Has tenido abortos previos a esta consulta?
5. ¿Cuánto tiempo lleváis buscando un hijo antes de acudir a algún centro para intentarlo de manera artificial? ¿Y desde la primera consulta?
6. Si es que sí, ¿cómo habéis vivido estos momentos de vuestra vida?
7. ¿Qué métodos habéis utilizado antes de recurrir a las TRA?
8. ¿Cuál es vuestro problema a la hora de tener un hijo?
9. ¿Cuándo os disteis cuenta de que ocurría algo?
10. ¿Cómo vivisteis el diagnostico hasta que supisteis de que trataba?
11. ¿A qué centro/centros habéis acudido?
12. ¿Dónde acudisteis la primera vez, encontrasteis bien la información u os encontrasteis perdidos de alguna manera?

13. ¿Qué TRA habéis usado o estáis empleando para conseguirlo?
14. ¿Utilizasteis/utilizáis el semen conyugal o procedente de un banco de semen?
15. En el caso de usar el de un donante ¿qué pensamientos os produce esta situación?
16. ¿Cómo valoraríais el proceso?
17. ¿Habéis pensado en dejar de intentarlo en algún momento?
18. ¿Se ha visto afectada vuestra relación de pareja durante este?
19. ¿Habéis conseguido el embarazo a la primera?
20. ¿Cuál ha sido el coste económico final?
21. ¿Cómo ha sido la espera hasta iniciarse en un programa de TRA?
22. ¿Contemplabais o contempláis la opción de adoptar?
23. ¿Creéis haber conseguido con el deseo de ser padres?
24. ¿Volveríais a intentarlo? ¿De la misma manera?

ANEXO 3 (Hoja de información a la usuaria participante y consentimiento informado)

Título: EL DESEO DE SER PADRES, La experiencia de parejas o madres que recurren a técnicas de reproducción asistida en Tarragona

Investigadoras principales: Maria Campabadal Solé e Inmaculada Castro Rossi, estudiantes de Cuarto de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili.

Introducción

Estimado paciente, a usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación, de carácter académico. El estudio es un trabajo de fin de grado de enfermería, el cual es tutorizado por la profesora María Inmaculada de Molina Fernández.

Nuestro propósito es que usted reciba la información necesaria para decidir si desea participar en la investigación. Se ruega la lectura de esta hoja de información para solventar y resolver cualquier duda sobre este y su participación.

Descripción del estudio y objetivos

Esta investigación tiene por objetivo principal conocer la experiencia de las parejas o mujeres que recurren a técnicas de fecundación asistida con el fin de concebir un embarazo en la población de Tarragona. El estudio pretende identificar los sentimientos y las principales preocupaciones de los usuarios de las TRA, así como sus preferencias a la hora de elegir tanto el centro privado o la sanidad pública (Seguridad Social).

Su participación en el estudio se basa en acudir a una entrevista individual semiestructurada, dirigida por las estudiantes investigadoras. Se les citará previamente y se acordará un día, lugar y hora para el encuentro. Al inicio de la reunión se le entregará un pequeño cuestionario que deberá rellenar con algunos datos socios demográficos y médicos.

Los principales temas por tratar durante la entrevista serán:

- **Experiencia en TRA.**
  - Dificultad para concebir, o conseguir gestación.
  - Deseo de maternidad/paternidad.
  - Afectación a las relaciones interpersonales.
  - TRA y medicación.

- Cambios corporales o psicológicos antes y después de TRA
- ¿Estrés, ansiedad, obsesión, incomprensión?
- Miedo.

- **Centro de TRA.**
  - Elección del centro.
  - ¿Información correcta y comprensión?
- **Bioética**
  - Coste.
  - Apoyo psicológico.

Razones por las que se invita a participar voluntariamente

Debido a que usted/ustedes son/han sido usuarios de alguna Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), les proponemos la participación en este estudio. Debe saber que puede cambiar su decisión de participar en cualquier momento de la investigación, así como retirar el consentimiento informado, sin que repercuta en su proceso médico ni su relación con el centro al que asiste/ha asistido.

Beneficios y riesgos del estudio

Por su participación en este estudio no obtendrá beneficios inmediatos, pero los datos que se pueden obtener con su participación puede originar nuevos conocimientos y posibles mejoras en las TRA en pacientes que se vivirán la misma situación que usted. No existe ningún riesgo por participar en la realización de la investigación.

Confidencialidad

Durante la participación en este estudio se recogerá información personal. Estos datos serán usados únicamente para el posterior análisis de la investigación por las estudiantes investigadoras que trabajan en este estudio. Su nombre no será registrado, de modo que nadie sabrá que la información se refiere a usted.

Le garantizamos que se mantendrá su identidad en secreto durante estos procedimientos. Si usted decide participar y, más tarde desea retirarse, toda la información respecto a su participación será eliminada del estudio.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: EL DESEO DE SER PADRES, La experiencia de parejas o madres que recurren a técnicas de reproducción asistida en Tarragona.

Yo,……..
(Nombre y apellidos)

- He recibido y leído toda la información sobre el estudio.
- Las investigadoras han respondido a todas mis preguntas sobre el estudio.
- He comprendido y aclarado posibles dudas respecto al estudio.
- He recibido información suficiente, clara y entendedora.
- He tenido tiempo suficiente para considerar mi participación en este estudio y soy consciente de que la participación en este estudio es totalmente voluntaria.

Soy libre de retirarme del estudio:

- En cualquier momento del mismo.
- Por cualquier razón.
- Sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento ni relaciones con el centro.

Se preservará la confidencialidad de los datos ofrecidos y no se usarán en el estudio ni otras investigaciones.

Ofrezco voluntariamente mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma de las investigadoras Firma de la/los participantes

Fecha……/……./…...

ANEXO 4 (Hoja de información al profesional participante y consentimiento informado)

Título: EL DESEO DE SER PADRES, La experiencia de parejas o madres que recurren a técnicas de reproducción asistida en Tarragona

Investigadoras principales: Maria Campabadal Solé e Inmaculada Castro Rossi, estudiantes de Cuarto de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili.

Introducción

Nos dirigimos a usted con el fin de participar en un estudio de investigación, de carácter académico. El estudio es un trabajo de fin de grado de enfermería, el cual es tutorizado por la profesora María Inmaculada de Molina Fernández.

Nuestro propósito es que usted reciba la información necesaria para decidir si desea participar en la investigación. Se ruega la lectura de esta hoja de información para solventar y resolver cualquier duda sobre este y su participación.

Descripción del estudio y objetivos

Esta investigación tiene por objetivo principal conocer la experiencia de las parejas o mujeres que recurren a técnicas de fecundación asistida con el fin de concebir un embarazo en la población de Tarragona. El estudio pretende identificar los sentimientos y las principales preocupaciones de los usuarios de las TRA, así como sus preferencias a la hora de elegir tanto el centro privado o la sanidad pública (Seguridad Social).

Su participación en el estudio se basa en acudir a una entrevista individual semiestructurada, dirigida por las estudiantes investigadoras. Se les citará previamente y se acordará un día, lugar y hora para el encuentro. Al inicio de la reunión se le entregará un pequeño cuestionario que deberá rellenar con algunos datos socio demográficos.

Los principales temas por tratar durante la entrevista serán:

- Profesión, edad, lugar de nacimiento, especialización, lugar de trabajo, años de experiencia.
- Servicios y técnicas que se ofrecen en su centro.
- Precios de las técnicas ofrecidas.
- Protocolos y requisitos para optar a las TRA.
- Opciones de soporte psicológico de los pacientes.

Razones por las que se invita a participar voluntariamente

Debido a que usted trabaja en el área de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), les proponemos la participación en este estudio. Debe saber que puede cambiar su decisión de participar en cualquier momento de la investigación, así como retirar el consentimiento informado, sin que repercuta en su profesión y en la relación con sus pacientes.

Beneficios y riesgos del estudio

Los resultados finales de esta investigación pretenden identificar aquellos sentimientos y preocupaciones que viven los usuarios al adentrarse en el mundo de las TRA.
Por su participación en este estudio no obtendrá beneficios inmediatos, pero los datos que se pueden obtener con su participación puede originar nuevos conocimientos y posibles mejoras en las TRA en pacientes que en un futuro asistirán a vuestro centro y requerirán una comprensión de su estado durante el proceso.

Confidencialidad

Durante la participación en este estudio se recogerá información personal e institucional. Estos datos serán usados únicamente para el posterior análisis de la investigación por las estudiantes investigadoras que trabajan en este estudio. Su nombre no será registrado, de modo que nadie sabrá que la información se refiere a usted.
Le garantizamos que se mantendrá su identidad en secreto durante estos procedimientos. Si usted decide participar y, más tarde desea retirarse, toda la información respecto a su participación será eliminada del estudio.
El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: EL DESEO DE SER PADRES, La experiencia de parejas o madres que recurren a técnicas de reproducción asistida en Tarragona.

Yo,……..
(Nombre y apellidos)

- He recibido y leído toda la información sobre el estudio.
- Las investigadoras han respondido a todas mis preguntas sobre el estudio.
- He comprendido y aclarado posibles dudas respecto al estudio.
- He recibido información suficiente, clara y entendedora.
- He tenido tiempo suficiente para considerar mi participación en este estudio y soy consciente de que la participación en este estudio es totalmente voluntaria.

Soy libre de retirarme del estudio:

- En cualquier momento del mismo.
- Por cualquier razón.
- Sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento ni relaciones con el centro.

Se preservará la confidencialidad de los datos ofrecidos y no se usarán en el estudio ni otras investigaciones.

Ofrezco voluntariamente mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma de las investigadoras Firma de la/los participantes

Fecha……/……./…...

ANEXO 5 (Entrevista *Reproducción Hospital Joan XXIII de Tarragona*)

Profesión: Ginecóloga. Responsable de reproducción del hospital Joan XXIII de Tarragona
Fecha: 14/01/2020

Buenos días, como ya nos indicaste mediante el correo electrónico, actualmente eres la responsable de la reproducción en Joan XXIII, ¿nos podrías decir como estaría formado el equipo de reproducción aquí en el hospital?

Ahora mismo estoy yo de responsable y hay dos personas más (ginecólogas) que los días en los que yo no estoy pues hacen el resto de las tareas y los residentes también hacen faena de este tipo.

Vale, ¿los residentes te refieres a los ginecólogos no?

Exacto, entonces hoy en día se hace todo en el hospital, y desde el ambulatorio nos los envían aquí, también hay otra persona que se encarga de la reproducción a nivel ambulatorio, pero hoy en día se hace todo en el ámbito hospitalario.

Entonces, ¿qué es lo que ofrecéis?, es decir: ¿por la seguridad social que es lo que entra?

En la Seguridad Social, en Cataluña, hoy en día, entran los tratamientos médicos porque no ovulas y te inducen la ovulación, las inseminaciones artificiales esto se hace aquí en el hospital, y las fecundaciones in vitro que se hacen en Barcelona, pero también entran, los pacientes de aquí se derivan a Barcelona pero se financia por el sistema público, y dentro de las fecundaciones in vitro, hay como dos un poco mas especiales, que es la DGP que es el diagnóstico genético preimplantacional, que es cuando hay alguna enfermedad grave de los padres, y que se puede evitar seleccionando el embrión que no tenga esa enfermedad, eso entra por la seguridad social también y la criopreservación, es decir alguna persona que tiene un cáncer y que se tiene que hacer quimioterapia y que alterará la función ovárica pues criopreservan los ovocitos antes, después se hace el tratamiento y los tiene allí preservados para cuando quiera tener hijos, todo esto entra por la seguridad social, y ahora también desde hace 2 o 3 años no te lo se decir, el programa SOLDO, que son mujeres sin pareja, pues entraría el banco de semen que también se hace en Barcelona, aquí solo se hacen inseminaciones con el semen cónyuge de la pareja.

Vale perfecto, y ¿cuáles son los requisitos que necesitas para optar a estas opciones?

Primero tienes que llevar 1 año buscando el embarazo de forma activa, es decir para poder decir "esterilidad" tienes que llevar 1 año buscando el embarazo de forma activa sin conseguirlo, o si es un caso especial en el que has tenido un cáncer o no tienes pareja esto ya va vía directa, pero una pareja normal tiene que llevar 1 año buscando un embarazo de forma activa. El proceso empieza en el ambulatorio y del ambulatorio nos lo derivan aquí, entonces el cribaje en el ambulatorio sobre todo se rige por la edad, las personas de más de 40 años no tienen acceso, los hombres de más de 55 años no tienen acceso, y si tienes un hijo vivo tampoco tienes acceso, solamente entran los pacientes que no tienen ningún hijo, porque los recursos son limitados y evidentemente los que no tienen pasan antes y entonces los otros que en una época se hacían porque no había lista de espera, pues se hacían pero evidentemente ahora primero pasan los que no tienen ningún hijo.

Vale, y ¿es totalmente gratuito para todo el mundo que cumple estos requisitos?

Si, para todos.

¿Todas las técnicas que has dicho, inseminación artificial, fecundación in vitro etc.?

Si.

Entonces, ¿Por qué la gente decide ir a clínicas privadas de pago?

Por las listas de espera. Porque si lo haces por la sanidad pública hoy en día hay un año de espera de inseminación artificial y de de fecundación in vitro en cualquier centro mínimo hay 3 años de lista de espera. Entonces claro, si tú tienes 37 o 38 años, y no te puedes esperar y tienes los recursos para hacerlo, pues pagas. O llevas 1 año buscando el embarazo y no lo consigues pues llega un momento que dices vale pues ya tengo el dinero para hacerlo, pues lo hago.

Cuando dices que las parejas o las mujeres acuden primero al ambulatorio, es decir van al CAP y ¿en el CAP que les hacen? ¿El proceso diagnóstico?

En el CAP, hoy en día sobretodo se hacen las pruebas más básicas como por ejemplo las analíticas, las ecografías y la resta de pruebas más específicas las envían aquí a mi consulta y yo les acabo de hacer el estudio completo. Una vez hecho el estudio completo, los orientas, unos a una inseminación, otros a una FIV, depende de su causa.

¿Nos podrías facilitar las pruebas diagnósticas que se les realizan?, es decir, el proceso que se sigue cuando te viene una mujer o una pareja.

Siempre se hace una analítica hormonal, una eco transvaginal, una histerosalpingografía que es la prueba de las trompas, un seminograma del hombre y una analítica con serologías de los dos, porque como después acabarás poniendo fluidos en contacto, pues nos aseguramos de que no tengan ninguna enfermedad contagiosa.

Entonces tú decides que técnica es la más indicada para cada caso ¿no?

Todo depende de la causa, porque si las trompas por ejemplo no funcionan, evidentemente la inseminación no serviría para nada y tendríamos que irnos a FIV, si el semen es muy catastrófico y tiene un impacto masculino muy grave pues se van directamente a la FIV. Si las trompas funcionan y es un problema solamente que ovulan poco, o que el semen es muy poquito pero continúa habiendo cantidad suficiente, pues lógicamente utilizamos la inseminación.

Otra pregunta que tenemos, nosotras cuando buscamos sobre las técnicas, ¿nos sale que está la FIV con transferencia de embriones, que esta entendemos que es como poner a la probeta el ovulo y los espermatozoides entran por si solos no? Y también está la ICSI que es la que tu inyectas directamente un esperma dentro del ovulo que previamente está seleccionado, ¿es así?

No, de técnicas están: la inseminación artificial en la que tú pones medicación para conseguir un ovulo nada más, solo uno, como si fuese un ciclo natural, la dosis es muy baja y vas haciendo controles ecográficos, cuando tienes uno preparado y cuando lo ves a punto de ovular, provocas la ovulación y el hombre entrega el semen en el laboratorio.

En el laboratorio lo que se hace es mejorarlo, hacen que se muevan un poco mejor, que estén súper concentrados, entonces cogen una muestra de 2 ml de espermatozoides y los hacen de mejor calidad y es eso lo que ponemos dentro del útero. Entonces los espermatozoides tienen que ir por la trompa y fecundar, el ovulo fecundado se ha de implantar, por lo tanto, todos estos pasos pueden funcionar o no, por eso la tasa de éxito es más baja que en el resto de TRA.

También tenemos la FIV, que lo que se hace es estimular a altas dosis, no nos interesa tener un ovocito, nos interesa tener 4,5,6,7,8 entonces se estimula a alta dosis, se van haciendo controles y cuando se ve que hay 7 o 8 a punto de ovular, se provoca la ovulación, se entra la paciente a quirófano y se sacan los ovocitos, se ponen en una “placa de Petri”, cogemos el semen mejorado y lo ponemos dentro también, y

esperamos que fecunden, y una vez fecundados, pues se escoge al mejor embrión y se pone, y si este no fecunda tienes los otros congelados y se va probando hasta que alguno se implanta.

Y la ICSI la primera parte es igual, se estimula a alta dosis, se entra a la mujer a quirófano, se extraen los ovocitos, los pones en la probeta, pero este semen esta "tan mal" que por sí solo no es capaz de fecundar, entonces como por sí solo no es capaz de fecundar pues lo que cogen es aquella célula, aquel esperma y lo ponen directamente dentro del ovocito, dentro de 7 o 8 y ya tienes 7 o 8 embriones y haces lo mismo, es para problemas masculinos muy severos.

Y lo del DGP es que seleccionas, es decir normalmente se hace una FIV clásica y cuando tienes los embriones, se le hace un análisis genético a cada uno de los embriones y nos quedamos los buenos.

¿En la FIV se ponen de 1 en 1?

Si, se ponen de 1 en 1 o de 2 en 2, depende de la calidad, hoy en día en España el máximo que puedes poner es 2, por los riesgos que puede comportar un embarazo múltiple. Normalmente lo que se hace es que, si son de muy buena calidad pones 1, porque la probabilidad de que se implante es mucho más alta, si son de baja calidad ponen 2, y siempre está acordado por la pareja, pero más de dos no se hace.

Aparte de todas estas técnicas, nuestro trabajo se centra más en la parte de la experiencia y de cómo lo viven y del apoyo que tienen durante todo el proceso, entonces a nivel emocional ¿cómo llegan estas parejas? ¿Hay diferencia respecto una madre soltera o una pareja?

Normalmente sí, porque una madre soltera básicamente ella no tiene ningún problema, simplemente le falta "la muestra", entonces ella va a buscar la muestra y se acabó, en cambio una pareja ya lleva 1 año buscando un embarazo, no lo consiguen y les causa frustración, vienen buscando los factores, si no lo encuentran rápido pues hay más lista de espera, y el impacto emocional es muy diferente en una pareja.

¿A nivel de la Seguridad Social tienen la opción de optar a algún psicólogo o algún apoyo emocional?

Sí, todas de rutina no, porque la dotación de psicólogos que hay en los hospitales es muy poca y entonces las parejas que lo necesitan, se pueden derivar normalmente la mayoría acuden al ASSIR que es el centro de salud sexual y reproductiva, en el que hay un psicólogo especializado en salud reproductiva, y si crees que esa pareja lo

necesita, la puedes enviar, pero solo en aquellas parejas que hay una afectación, las otras no porque saturaríamos el sistema.

¿Les afecta su situación psicológica durante el proceso? Por ejemplo, si están deprimidos.

Mira, realmente los resultados no son peores en las técnicas de reproducción asistida, pero sí que la vivencia que tú tienes de todo el proceso sí que es muy diferente, entonces ni que los resultados sean los mismos, sí que es cierto que la experiencia es diferente y estos pacientes que tienen un alto componente de afectación psicológica llevan el proceso mucho peor, y es una mala experiencia vital. Si que tiene mucha implicación con la relación de la pareja, es cierto que muchos pacientes que se someten al tratamiento de las técnicas de reproducción acaban separándose, por el impacto psicológico.

Y, respecto a la duración de los tratamientos, ¿cuál es la media del hecho de incorporarse en un programa de reproducción asistida hasta conseguir el embarazo o tener un hijo/a?

Mas o menos, piensa que depende del tratamiento, desde que llegan al ambulatorio, hasta que llegan aquí al hospital y hasta que se le hacen todas las pruebas, mínimo son unos 6 meses para tener el diagnóstico y decidir la técnica, una vez se decide la técnica pues depende de la lista de espera, si es una inseminación artificial 1 año y si es una FIV 3 años, y una vez están dentro del proceso, este es muy rápido, en una inseminación tardas 15 días en estimular, pones la muestra, 15 días de soporte, y los resultados, y normalmente se hacen unos 4 ciclos de inseminaciones, y de FIV se hacen 2 ciclos, entonces estimulas también durante 15 días, obtienes los embriones, pones el embrión, y si tienes tres pues vas más rápido y si tienes 6 pues tarda más, depende mucho de los resultados.

¿Los precios de las clínicas privadas más o menos cuáles son?

Es muy variable y no te lo puedo decir exactamente, depende de la clínica, la inseminación sería unos 600 y 700 euros.

¿Y es cierto que varía el precio si el semen es conyugal o no?

Claro, si tú tienes tu muestra que es de tu marido pues no te hace falta pagar una muestra, en cambio si es de donante sí que tienes que pagar esta muestra. Y de las FIV entre unos 6.000, 8.000, 10.000 euros, depende un poco de la transferencia, si en la primera FIV tienes resultados pues perfecto, en cambio si tienes que ir congelando

los embriones y tienes que hacerte más transferencias pues el precio sube. Normalmente el ciclo completo suele ser eso unos 6000, 8000 euros, hasta unos 10.000.

Muchas gracias, creo que ya estaría por hoy.

A vosotras, ya sabéis, cualquier cosa estamos en contacto.

ANEXO 6 (Entrevista *Clínica privada 1*)

Profesión: Biólogo especialista en biología celular y genética, y director de laboratorio de la *clínica privada 1* (CP1). **Fecha:** 17/02/2020

Bon dia, som la Maria i l'Inma, estudiants de 4t curts del grau d'infermeria i com et vam comentar estem fent el treball de fi de grau sobre l'experiència de pacients en tècniques de reproducció assistida. Primer de tot si ens podria fer una petita presentació sobre vostè, formació, a que es dedica actualment...

Si, i tant, jo soc Enric Güell tinc 31 anys i vaig néixer a Reus però soc de Valls. Vaig fer llicenciatura de biologia amb especialització de biologia cel·lular i genètica. Després al 2010 vaig fer el màster de la Universitat Autònoma de Barcelona i la clínica Dexeus de Tècniques de reproducció humana assistida. Durant els estudis vaig venir de pràctiques aquí a la CP1 i em vaig quedar. Primer vaig començar fent substitucions, i per circumstàncies de la vida al 2013 em vaig quedar com a director de laboratori. Porto 10 anys treballant aquí, però a part també vaig treballar a FertiLab a Barcelona, un altre clínica privada.

I actualment, tens consulta pròpia i relació directa amb els pacients de la clínica?

Si, hi ha centres que cadascú s'organitza com volen. Però a nivell dels embriòlegs tenim consulta i reunions amb els pacients tant abans, durant o després amb els pacients.

El procés és ve una parella o una dona que vol ser mare i llavors el circuit és visita amb el doctor. I abans inclús amb la infermera ja que és la que els assessora, explica quins són els passos que s'han de seguir.

El diagnòstic consisteix en una analítica de sang per veure com estan a nivell hormonal i miraran ecogràficament a veure com estan físicament. Perquè per exemple no es podrà fer una Inseminació si estan les trompes obstruïdes. Per tant s'han de realitzar tota aquesta sèrie de proves per saber quina és la causa d'infertilitat i quines són les possibles tècniques.

Les tècniques que tenim són inseminació artificial, fecundació in-vitro amb òvuls propis o de donant, ja que si una mare soltera o una parella de dones homosexuals el que normalment farà falta és una inseminació si la edat d'aquestes també acompanya.

Quan es dirigeixen al embriòleg? Quan hi ha algun problema o dubte de tipus genètic o detallada. Durant el procés el dia que agafem els òvuls, els de laboratori som els

responsables de parlar amb el pacient i explicar més o menys com va, els embrions que hi ha, els dia que els posarem un, dos o tres... i si tot va bé ja no els veus més, vull dir... Després ja és com un embaràs normal, visites de control, etc.

Però si no va bé s'ha de reflexionar sobre la estratègia, sobre el que ha passat i mirar que podem fer.

I ara parlarem una mica sobre el centre, quan de temps fa que està obert?

Aquest centre va ser el primer d'obrir a en tota la província de Tarragona a l'any 1994, llavors a partir d'aquí amb el pas dels any els mateixos doctors que hi havia aquí han marxat i han obert les seves pròpies clíniques privades.

L'evolució en termes de quantitat de usuaris i usuàries que hi assisteixen com ha sigut?

Al principi, per estadística segons la SEF, per cada milió d'habitants cada any haurien de circular per els centres unes 1000 parelles, i es clar, com a més centres hi ha més repartits queden. A més també és una qüestió de propaganda, i de fet ara ens estem reunint nosaltres per aquest aspecte, per millorar el tema propaganda, més coses, més xarxes socials...

Si ha anat pujant? Bueno lo que s'ha vist és que ha anat pujant la edat de les dones que volen ser mares i això comporta un problema, les TRA en principi estan pensades per solucionar un problema mèdic: una falta d'embaràs en una parella. Actualment estan sorgint més tipus de famílies: mares solteres, parelles homosexuals de dones... I això no és culpa de les dones, és la societat que t'empeny a tenir una carrera, estudis i a allargar molt més a arribar en aquest moment.

Que passa?, que si ets del tant per cent de pacients que tenen un problema diagnosticat de esterilitat, doncs si li sumes el factor de la edat el problema s'agreuja més. Doncs, els que no tenen problemes en passen a tenir i els que en tenen s'agreugen més.

Per tant, a nivell individual com a centre no hem notat un creixement exponencial de gent si que la mitjana d'edat ha anat pujant.

Doncs en aquest centre quins professionals hem dit que treballen?

Hem dit embriòlegs, infermeres i quirofanistes, ginecòlegs, administratius...

I els serveis que s'hi ofereixen? A nivell de consultes, etc.

Aquí tenim les consultes dels ginecòlegs i les infermeres que poden estar junts durant les consultes o bé per separat, el quiròfan també i el laboratori. Però la part de les analítiques de sang per mirar els nivells hormonals i les serologies per les malalties de transmissió sexual i tot això està derivat a "Anàlisis Lab", aquí al costat de la clínica. És on enviem als pacients per la part bioquímica.

Aquí quan ve una parella el que fem és un estudi de fertilitat per detectar el que esta passant, doncs, el que fem per la part del home és un seminograma per veure com està el semen del home. S'estudia la mostra i es mira si pot ser la qualitat d'aquest el motiu de la infertilitat i la dona no té cap factor alterat, té menys de 35 anys, les trompes bé i ovula bé doncs es pot programar un cicle espontani fins a una mica de estimulació

A la dona se li fa una ecografia i a tots dos proves hormonals.

A partir d'aquí es decideix si fer inseminació artificial si la mostra és acceptable, si pot ser el diagnòstic de factor masculí que està per sota de lo normal però millorant-lo aquí al laboratori poden acabar amb uns valors més dignes i tenen més oportunitats de trobar l'òvul i ella no té cap problema. Hi ha parelles que fan 2 o 3 inseminacions artificials abans de passar a la FIV ja que té un preu més econòmic. I després doncs ja valorar i assessorar als pacients per si val la pena provar la inseminació o no. En aquest camp, moltes coses encara són de "prova i error".

Si no, *fecundació in vitro*. Es comença amb una estimulació hormonal al igual que amb la IA però la dosis és mes alta. La hormona que és dona es la FSH i en aquest cas no es produeix la competència entre òvuls com passa en els cicles naturals que hi ha un òvul que guanya i els demés moren, sinó que en creixen diversos gràcies a la FSH que prenen. Llavors s'ha de desencadenar la ovulació que en un cicle natural és donat per un pic de LH, però nosaltres utilitzem la Gonadotropina la hormona de l'embaràs (hCG). Que serà a les 36-40 hores després d'haver-se pres aquesta. A les 36 hores agafem els òvuls abans de que s'ovulin per ells sols, la punció es fa a quiròfan amb sedació complerta i és un procediment de uns 10 minuts. S'extreuen els òvuls i es realitza la tècnica escollida i es guarden els embrions a l'incubador a 37 graus i 6% de FiO2.

Si aquest procés va bé, i la dona i la parella es troben bé després de la intervenció es procedeix a introduir els embrions; si no és així es poden congelar i esperar més temps a que sigui el moment idoni. Normalment s'introdueix només un (dos com a màxim).

Tres, legalment es podria però habitualment això ja està molt a la baixa, es veu en gent que va molt apurada econòmicament.

Hi ha criteris de selecció per a que les parelles o dones puguin accedir a aquestes tècniques o qualsevol persona pot accedir-hi?

Bé, mínim d'edat són 18 anys i màxim la llei diu que fins que la dona té la menopausa, però això és molt variable, llavors hi ha una norma no escrita que a Espanya no s'agafen dones de més de 50 anys.

Altres criteris que es tenen en compte, l'Índex de Massa Corporal (IMC), si una dona és molt obesa doncs seria un perill per ella també el fet de quedar-se en estat. Llavors es recomana que perdi pes.

Doncs, en aquest cas la parella no ha de dur un temps intentant-ho de manera natural?

La recomanació de la OMS és un any o un any i mig intentant-ho. Si una parella ve i porten tres mesos intentant-ho se'ls hi explica que fa "poc" temps que ho proven però se'ls ofereix realitzar un estudi de fertilitat per a no perdre el temps. Però si ve algú i està molt desesperat i volen i decideixen fer-ho no se li pot dir que no.

Quina és la mitjana de temps que porten intentant aconseguir l'embaràs de manera natural abans de la primera consulta?

Lo habitual es que portin un any o dos anys intentant-ho.

Que acudeixen més, dones o parelles homosexuals o parelles que finalment són diagnosticades amb un problema clínic?

A la part pràctica cada any es va ajustant, de les infertilitats són 30% causa femenina, 30% causa masculina, 30% causa mixta i un 10% de causa desconeguda. Aquests últims són els que acostumen a ser més "difícils" ja que el problema resideix a nivell de la formació del embrió (genètic o cromosòmic).

Parelles homosexuals i mares solteres també n'acudeixen però en menor quantitat. També practiquem el mètode ROPA "Recepción de Ovocitos de la Pareja": extreure'ls d'una de les noies fecundar-los i transferir-los a l'altre noia.

Com funciona el tema de financiació de les TRA en aquest centre? Quin seria el preu aproximat de cadascuna d'elles?

La inseminació artificial depèn també de la medicació que han de prendre però pot quedar entre uns 1000, 1200, 1500€. I La FIV ronda els 6000€.

Estem parlant de cada cicle no?

Si, normalment 6500€ és el màxim que s'acostumen a gastar. Si s'ha de fer DGP, s'ha de sumar 2000€ més. I si el semen no és de la parella dons 200-300€ més.

I sobre la llista d'espera, a la sanitat pública sabem que n'hi ha molta...

Si, a la pública n'hi ha molta i a la provada en totes les clíniques és molt poca. El temps d'espera dependrà de la llista d'espera del ginecòleg, pot ser et dona hora per d'aquí una setmana o per l'endemà mateix. Però és immediat.

Les parelles diagnosticades amb un problema clínic, com viuen el procés?

És agobiant. Jo sempre els hi dic i tots estan d'acord amb mi: hi ha una doble vertent: la banda psicològica i la banda econòmica. No és tot tenir calers, ni és tot ser súper positiu; cadascuna de les coses va involucrant en l'altre.

El doctor sempre diu: "al cap i a la fi no esteu malalts, no us esteu morint. Ara, es una cosa que volem solucionar i buscarem una solució".

El que es més angoixant crec que és el no saber que passa, per això jo soc molt de parlar i explicar tot el que passa durant el procés i saber quin és el camí. Però hi ha gent que potser no vol saber res. Per exemple, una vegada saben el diagnòstic i se'ls comunica que amb els seus gàmetes propis no es pot fer res i han de requerir a donants els suposa un xoc que a vegades és difícil d'assimilar, un altre punt d'estrès.

Doncs, com ho senten les parelles? Doncs hi ha de tot, hi ha qui s'angoixa més i hi ha que menys. El factor econòmic és important, i és una cosa que està allí i va cremant.

A mesura que va avançant el procés i va bé, aquest estat va canviant. Una cosa que nosaltres notem molt és que quan una parella que ja va aconseguir un primer fill, torna a per el segon, la seva actitud i predisposició és totalment diferent.

I les dones solteres o parelles homosexuals de dones, com viuen aquest procés? Es nota molt la diferència?

Clar, si l'edat a la que venen és menys de 35 anys ho viuen bé i hi ha moltes opcions de que vagi bé. A nosaltres són els casos que ens agraden més. No hi ha aquest angoixa que tenen les parelles que porten aquest any, any i mig intentant-ho de manera natural. No tenen aquest problema d'infertilitat. Se l'estalvien i venen directe. En aquests casos només es posa un embrió en la gran majoria de casos.

Ara, si la dona o la parella tenen més de 40 anys, llavors s'equipara més als casos de infertilitat de parella ja que s'hi suma la problemàtica de la edat.

I a aquestes dones solteres o parelles homosexuals, també se'ls fa l'estudi diagnòstic?

Si, si; a tots els hi fem l'estudi. Però la cosa és que amb el fet de tenir menys de 35 anys; tens més "punts" de quedar-s'hi.

Molt bé, sobre el suport emocional i psicològic... des de la mateixa clínica se'ls ofereix a aquells que ho necessitin o demanin algun psicòleg?

Aquí dins de la clínica no hi treballa cap, però el metge té una llista de psicòlegs que pot recomanar si ho volen.

És a dir, és un servei a part?

Si, un altre moment on si que hi intervé és per al cribatge de les donants d'òvuls. Per ser donant d'òvuls és obligatori que un psicòleg et valori.

I només per a les donants d'òvuls o també per als donants de semen?

Per a tots dos donants, el que passa es que actualment no tenim banc de semen aquí, el comprem a un altre banc de semen.

Si et preguntem sobre la duració aproximada de cada tècnica, es a dir, des de la primera consulta fins que s'aconsegueix l'embaràs; de quant de temps mig estaríem parlant?

Aquí entra en joc el moment del cicle menstrual de la dona en el que s'acudeix per primera vegada perquè depèn d'aquest el poder iniciar a estimular o no. Des de la primera consulta fins el primer ús de la tècnica seleccionada pot passar un mes aproximadament.

Doncs, el 40% de les parelles i el 60-70% si no hi ha factors diagnosticats en contra o el problema és lleu, es queden embarassades al primer intent. Si posem un sol embrió parlem de 1 de cada 3.

Si no és així, s'ha d'esperar com a mínim al mes següent per el cicle menstrual de la dona. Llavors normalment ja es posen 2 embrions i en aquest cas parlem de que 2 de cada 3 (de les que no s'havien quedat) s'hi queden.

Per tant, al cap de dos intents tenim el 70-80% de gent que ho aconsegueix, tot depenent de l'edat i del factor.

Llavors, com a mitja, tenim això que he comentat tenint en compte que cada intent requereix un mes més.

A part del tema clínic, aquí torna a entrar el joc el tema econòmic. Pot ser hi ha parelles que tarden més perquè si falla un cicle, s'han d'esperar a tornar a tenir els diners necessaris, demanar un crèdit... També depèn del estat emocional i físic de la dona ja que, per exemple, s'engreixen molt per les hormones i moltes decideixen esperar.

Sobre l'abandonament de les tècniques i del desig de ser pares/mares, n'hi ha casos?

Aquí a la clínica sabem la gent que ve i la gent que deixa de venir, però és impossible saber si van a un altre clínica o realment ho deixen d'intentar. La sensació que tinc és

que la gent ho intenta i és bastant reiterativa, normalment tenen ganes. En aquests casos, ha acabat anant bé.

Doncs moltíssimes gràcies. Ja hem acabat.

De res.

ANEXO 7 (Entrevista *Clínica privada 2)*

Profesión: Bióloga especialista en reproducción humana asistida, y directora de laboratorio de la *clínica privada 2* (CP2).
Fecha: 20/02/2020

Bon dia, nosaltres som la Maria i l'Inma, estudiants de la Universitat de Rovira i Virgili de 4t curs del grau d'infermeria, i estem fent el nostre treball de fi de grau sobre l'experiència de pacients que recorren a tècniques de reproducció assistida a la població de Tarragona. Per començar si ens podries explicar una mica en que consisteix el seu treball, a que es dedica actualment, els seus estudis…

I tant, que si, mira jo soc biòloga de formació, especialista en reproducció humana assistida, la meva tasca principal es la direcció del laboratori i de la reproducció assistida, fecundació in vitro i l'andrologia i exerceixo totes les tasques de gestió del centre, es a dir mes o menys de tots els nivells però sobre tot del tema del laboratori.

Molt bé, actualment tens aquí la teva consulta, tractes amb els pacients i llavors com es la teva relació directa amb els pacients de la clínica?

El nostre centre es un centre mitjà, perquè tenim bastant volum de pacients, tot i així encara podem tractar al pacient de tu a tu, amb la qual cosa hi ha un tracte molt proper, i després treballem tot l'equip junt, la feina es molt conjunta. Hi han diferents maneres d'entrar per fer una consulta al centre, poden venir a fer una primera consulta genèrica que la podem atendre els biòlegs, i en la que ens poden explicar el cas i els orientem una mica, també poden venir directament i fer una visita mèdica, tot i així som un equip, i si jo veig un pacient i després l'ha de veure un ginecòleg, doncs li transmeto tota la informació, després ja vindria tota la valoració a nivell de laboratori, i per últim la part de fecundació, en la que els hi expliquem molt als pacients la situació en la que es troben cada dia, quants òvuls tenen, quants estan madurs, quina qualitat embrionària tenen, quins es poden transferir i quins no, quins es poden congelar, totes les opcions que tenim, etc, es un treball molt de suport, i intentem treballar molt junts.

Quant de temps fa que es troba obert aquest centre? I com ha sigut l'evolució respecte a la quantitat de pacients en els darrers anys?

Des de l'any 2006. L'evolució de pacients ha sigut sempre creixent però jo crec que es tant per la tendència social de que realment cada vegada hi ha mes demanda, i també perquè acabes tenint un nom a la ciutat, primer com a centre potser no et coneix tanta gent i a l'hora que vas fen coses i van sortint bé doncs es un sector en el que tenim una referència d'algú que ja ho hagi viscut i que t'ho expliqui doncs sempre es molt positiu, i

la nostra tendència es sempre cuidar molt al pacient i l'objectiu es embarassar a cada pacient que acudeix, però també es dir bueno, si no t'he pogut embarassar però marxes content, i veus que hem fet tot lo possible per tu però per algun motiu no ha pogut ser, doncs que mínimament puguis marxar content, i es un poc la filosofia del nostre centre.

Respecte als professionals que treballen en aquest centre hem dit que hi han infermers, ginecòlegs, psicòlegs...

Els professionals que treballen en aquest centre son: Ginecòlegs, embriòlegs, andròlegs, infermers, nutricionistes, psicòlegs i personal administratiu, però bàsicament els pilars principals serien medicina que son els ginecòlegs especialistes en TRA, biologia i infermeria.

Ens podries explicar quins son els serveis i les tècniques que oferiu en aquest centre?

Tot el que existeix actualment, des d'un punt de vista del procés diagnòstic a nivell femení i tot lo que son analítiques, estimulació ovàrica i tot això, aquí pròpiament les histerosalpingrafies no les fem perquè requereix de raigs X i això es fa fora, tenim una unitat de histeroscopia que també tractem a molts pacients i després també fem ecografies, ecografies en 3D i a nivell d'andrologia el mateix, estudis de semen dem tots els que existeixen avui en dia i els tractaments doncs tots, des d'una inducció a una ovulació que es una tècnica molt senzilla, a fecundació in vitro ja sigui amb òvuls de donant, amb banc de semen, amb DGP, o per cromosomes o mirar malalties monogèniques associades amb la patologia, fem estudis de malalties portadores a les parelles, es a dir tot lo que hi ha al mercat avui en dia.

Hi ha criteris de selecció per a que les parelles puguin venir a la clínica? Es a dir, qualsevol por accedir a les TRA?

Bueno, bàsicament has de mirar que tinguin un bon estat de salut psico-físic, es a dir un bon estat psicològic perquè puguin posteriorment tindre un embaràs i siguin conscients del que tenen entre mans, perquè aquí no venen a comprar un cotxe, es a dir mirar aquest assessorament, que tingui capacitat d'entendre que es el que està fent i després físic, es a dir que el fet de que s'embarassi no li generi un problema posterior per aquella persona, hi han persones que ja tenen patologia de base com per exemple una obesitat o un problema de cor, tot això sempre ho treballem de la mà dels altres especialistes que puguin portar a aquella pacient perquè ens donin el OK per a que es pugui embarassar, també mirem la medicació que es poden prendre o que no, ho mirem tot per a que es pugui fer, i si no es pot fer per motius mèdics, no es fa.

L'edat la llei no la estipula i no acaba de posar una edat, però el consens està en els 50 anys, tot i que es cert que a partir dels 43 nosaltres marquem una pauta de transferència obligatòria única d'un embrió per evitar un embaràs múltiple sobre tot en dones d'edat avançada, i a més els cuidem a l'hora de demanar-li mes probes per a assegurar-nos de que realment estigui preparat per dur l'embaràs de forma correcta, per exemple a una dona de 38 anys no li demanarem una mamografia, però a una de 43 pues si, hi han una sèrie de coses que s'han de tenir en compte, per a que l'embaràs sigui saludable per a ella i per al nen.

Quina es la tècnica que s'ofereix més en aquest centre actualment?

Avui en dia et diria que la tècnica que més s'utilitza es la FIV, normalment amb òvuls de parella i espermatozoides de parella, i això en general es així perquè l'edat de la dona cada vegada es mes alta, llavors com que la seva funció ovàrica va baixant a partir dels 35-40 anys pues clar, tenim moltes parelles amb una edat mitja de 38-39 anys i en aquest tipus d'edat si portés 2 o 3 anys buscant, doncs normalment la tècnica més indicada per a la majoria de cassos es la FIV.

Com funciona el tema de la financiació de les diferents tècniques que oferiu en aquest centre? I quin seria el preu aproximada de cadascun d'elles?

Bueno, nosaltres tenim unes tarifes que els hi expliquem sempre abans de fer qualsevol tractament per a que sàpiguen quins son els costos que tenen aquests processos i actualment els hi oferim la possibilitat de finançament a través d'un banc que tenim col·laboració, normalment moltes parelles ho financen.

Una inseminació son 630 euros, a banda hi ha la medicació que es una cosa que compren a la farmàcia, però mes o menys amb el semen de la parella es això. Una FIV son 4.300 euros més la medicació i després una adopció d'embrions son 1.800 euros i un crio-transfer son 1.200 i una FIV amb òvuls de donant son 6.400 euros més la medicació aproximadament.

Actualment, hi ha llista d'espera al centre?

Aquí no, ni per primeres visites ni per al tractament, i tampoc per la FIV amb òvuls de donant, perquè com som banc d'òvuls tenim força moviment de donants amb la qual cosa no hi ha espera.

Sobre el procés diagnòstic d'aquestes parelles que venen ja sabent que alguna cosa està passant, quines proves han de dur a terme i en quin ordre es faria? El procés diagnòstic es duu a terme aquí o es deriven a un altre lloc?

Normalment aquí poden passar dos coses, la parella pot venir perquè no s'embarassa i no hi hagi passat consulta amb ningú, llavors l'estudi es comença des de 0, intentes fer un estudi paral·lel, fas l'estudi bàsic i si apunta alguna cosa doncs, anem estirant del fil, a vegades es perquè l'espècie humana som subfèrtils de naturalesa, però si ens parem a pensar es normal perquè s'han de fer màquines molt perfectes, l'ésser humà es molt selectiu, i ja està be que la natura triï molt en aquest sentit, però de vegades sí que es cert que existeixen mitjos factors masculins i femenins que fan que costi mes aconseguir un embaràs.

S'ha estipulat que en un any una parella fèrtil i tenint relacions sexuals sense protecció hauria de aconseguir l'embaràs, es cert que hi ha gent que potser ho aconsegueix en un any i mig o de vegades comencem l'estudi abans i els hi acabes d'ajudar o de vegades només estudiant el seu cas ja s'embarassen. Això us ho deia perquè les que venen i no estan estudiades, doncs hem de començar de 0 i estudiar als dos i veure que trobem, llavors primer fem un estudi bàsic, un estudi femení, aquí fem les primeres proves com les analítiques, i es cert que si venen d'un altre centre doncs tot aquet procés se l'estalvien.

Penseu que en qualsevol sector de medicina es pot fer 1 proba o 25, en general no es fan moltes probes en la primera visita, si no que es una mica anant estructurant les probes en funció de la complexitat del cas, no es el mateix una parella que porta 1 any buscant que una que porta 5, o una que porta 5 avortaments, doncs evidentment té una gravetat una cosa o una altra. En el mon de la medicina privada tu pots suggerir coses i ells poden acabar de decidir, hi han parelles que per ansietat o pel seu caràcter o per capacitat econòmica ho farien tot, i d'altres que no volen fer res, nosaltres diem si està indicat o no, o si te sentit, però sempre hi ha aquesta mena de consens tot i que nosaltres sempre actuem orientant.

Com viuen el procés aquestes parelles diagnosticades d'un problema d'infertilitat?

Bueno, com tot pues hi ha de tot, però es cert que en el mon de la fertilitat et trobes a gent amb molta ansietat, molta angoixa, entre altres coses perquè no estem potser prou informats de que ens podem trobar en aquesta situació, ja que des de que som petits a la escola ens ensenyen el cicle de néixer, creixes, et reprodueixes i mors, vas fent el cicle de la vida. Hi ha un moment que en teoria si que et "toca" ser mare, però de vegades

ens costa embarassar i llavors ens causa un problema. Acceptar ajuda es molt difícil, també influeix molt a nivell social, perquè tots els teus amics s'embarassen i tu no, o tot el teu entorn de la feina te fills sense problemes i tu no, i gestionar aquestes emocions de vegades es complicat, i perquè malauradament en el món de la reproducció assistida ningú et pot garantir que fent A, B i C t'embarassaràs.

Llavors aquest component d'incertesa i dubte genera angoixa i hi ha gent que això ho porta millor i gent que ho porta pitjor. És cert que clar, hi ha gent que ens ve al centre i ja sap la seva situació i veu l'evidència de que té 43 anys, sap que es un moment molt límit i de vegades han d'acceptar una donació d'òvuls que no es fàcil, o un banc de semen, perquè venen a fer-se la prova del seminograma i no hi han espermes, doncs clar acceptar-ho requereix un treball i per tant sempre hi ha un component d'angoixa important.

Els professionals directes que els atenem ja tenim informació per intentar ajudar-los a nivell emocional, també tenim una psicòloga al centre i hem fet moltes iniciatives per treballar aquest tema, per exemple un llibret que tenim on hi han explicats experiències de parelles on es reflexen tots els seus sentiment. Això els hi va bé perquè compartir sentiments de dolor o de pèrdua, veure-ho plasmat els hi va molt bé, després també tenim les fotografies que hi han penjades a la consulta, una llista a *Spotify* per compartir musica que els hi hagi generat emocions en algun moment... i ara també lo últim que vam fer es la xarxa d'apadrinament que consisteix en que persones que han passa per TRA i son pares, puguin ajudar a altres parelles que en aquest moment estan en un procés similar.

La gràcia d'això es que intentem buscar a alguna parella que tingui un mateix fil, perquè en realitat tothom té un problema però no es el mateix haver tingut 4 avortaments, o haver acceptat una donació d'òvuls o plantejar-te una adopció d'embrions o ser mare soltera, es a dir, cada cas es diferent i llavors el que intentem, es que la persona que et demana aquest suport tingui un perfil similar a l'altra parella, que siguin mes o menys de la mateixa edat, perquè clar plantejar-te una donació d'òvuls als 32 anys perquè tens una ferida ovàrica oculta es una situació, i plantejar-t'ho als 47 anys en una altra, perquè una cosa es que fisiològicament es normal i l'altra no. Son contexts emocionalment molt diferents. També busquem un perfil socioeconòmic similar, perquè també preocupa que de vegades per poder fer el tractament has de deixar de fer altres coses, o has de demanar un crèdit, llavors son coses que s'han de tenir en compte.

I en el cas de les dones solteres o parelles homosexuals, el procés pel que passen es molt diferent?

Tenim dos perfils de dona soltera, la que te clar des de naixement que ella serà mare i li es igual tindre parella o no, i que entre els 25 i els 30 anys serà mare i està enceradíssima i ho viu súper feliç i súper positiva i ve perquè busca una solució per a resoldre el seu objectiu i tot es fàcil, evidentment pot ser que no s'embarassi a la primera però tot es mes àgil.

Després tenim la dona que s'ha trobat en la situació de ser mare soltera per el seu context social, es a dir, ha de fer el primer dol d'acceptar que aquella família, allò que s'imaginava de tindre una parella i amb aquella parella tindre un fill, pues no ha arribat i es troba en que està en aquesta edat propera als 38-39 anys que a ella la maternitat la està aprentant perquè emocionalment té ganes de ser mare però no té la parella.

Llavors ve a preguntar tot i que no està feliç, no es sent feliç, i llavors la nostra funció es ajudar-la a superar aquest primer dol, de dir bueno no serà com tu t'imagines però si per tu es important ser mare, ho pots ser. Després dir-los que sàpiguen que poden tornar a formar una família amb el seu fill, perquè les famílies son com son i avui en dia hi ha molta diversitat, tu pots tenir una nova parella i tu vas amb el teu fill i acceptar-ho.

I si que es cert que en el mon de la mare soltera hi ha aquest doble perfil, però es molt normal.

Clar, i l'afectació psicològica del procés doncs depèn molt dels diferents cassos no? De totes maneres li oferiu algun tipus de suport emocional/psicològic?

Si, per dos motius. Primer per el suport a la parella d'entrada, perquè està clar que es necessari i segon perquè la gent candidata a donar òvuls s'ha de mirar que tinguin una bona salut psico-física i han de passar abans per un psicòleg per a que els hi expliqui molt bé que es fa, que ho entengui tot.

Per això des del principi sempre tenim psicòleg. Tot i que les parelles no solen utilitzar molt aquesta ajuda psicològica, aquí al nostre centre inclús la primera visita sempre es gratuïta, però costa molt fer veure a la persona que precisa d'ajuda, i crec que es per una connotació negativa a nivell social, costa molt acceptar que estàs malament i que precises d'un assessorament, d'una atenció, i unes tècniques per disminuir l'estrès, etc.

Creus, doncs, que hi pot existir o que hi hagi una afectació psicològica durant el procés?

Depèn molt del motiu pel que t'estàs fent aquest tractament.

Quan venen per tema edat hi ha gent molt conscient i hi ha gent molt desenganyada que no tenen cap problema a nivell reproductor però clar, tenen 40 anys i es fisiològic

que tinguin aquesta reserva ovàrica disminuïda. Llavors clar, és un gerro d'aigua freda, si que es cert que cada vegada més la cosa es va parlant i existeix la possibilitat de congelar òvuls, que la finalitat es la de informar bé a la gent i que la gent decideixi. Es a dir, si tens menys de 32 anys per a mi no té sentit, a no ser que tinguis un càncer i llavors es l'única manera si no, no hi ha opció. Però amb menys de 32 anys no perquè no saps encara que faràs a la vida i normalment com que fisiològicament hi ha marge pues no fa falta fer res.

Si una persona ve amb 40 anys a demanar per congelar òvuls els hi diem igualment que no té sentit perquè congelarem 3 òvuls i amb 3 òvuls jo no puc garantir que t'embarassis i t'estàs gastant uns diners en una cosa que no fa falta. Amb 40 anys o vols ser mare o quan o vulguis ser ja ho seràs perquè el que estàs guanyant amb aquest tractament realment no es massa alt.

Llavors l'edat mitja seria analitzar una mica la situació, quina reserva ovàrica tens, quan tens previst ser mare, i en funció d'aquesta proporció decidim si té sentit fer-ho o no. Tot i així es diu que pera garantir un embaràs has de congelar 17 òvuls de la dona de menys de 35 anys, per tant si tens 37 i tens 12 òvuls, pues millor que es faci dos cicles per a tindre mes garantia, llavors jo crec que si tu ho expliques bé i els pacients ho entenen i son conscients dels pro i els contres pues es una bona solució.

Després de la primera consulta, ens podries explicar mes o menys la durada aproximada de cada tècnica fins que aconsegueixen l'embaràs?

Bueno, el temps d'estudi, es a dir el temps del diagnòstic es de 2 i 3 mesos, depèn del cicle ovàric que fas, la mitjana es això, hi han coses que s'han de fer en relació a uns dies de la regla. Per tant si venen amb un cicle pues els hi ha de venir la regla i fas una analítica, o si li has demanat proves hi ha gent que no es pot organitzar i primer fan una proba, després l'altra i així. Si es un cas més complex de vegades requereix una mica més de temps.

Un cop diagnosticats com no hi ha llista d'espera, pues ja quan vulguin i quant dura un tractament? Doncs des de que comences que es el 1 dia de la regla fins que acabes son 28 dies aproximadament, perquè tant una inseminació com un FIV, lo que està fent es imitant lo que seria el cicle menstrual de la dona, en una inseminació formen part els controls ecogràfics i en el moment en el que l'òvul està madur, es fica l'espermatozoide i es deixa que sol faci el seu curs, en una FIV, quant els òvuls estan apunt doncs els treus fora, el temps corre igual però amb els òvuls fora, fiques l'espermatozoide i deixes córrer el temps.

El temps per a qualsevol tractament es aproximadament 1 mes.

Com em dit anteriorment, en aquest centre teniu el servei de banc de semen, ens podries explicar com funciona més detalladament aquest servei del que disposeu?

Sí, mireu aquí tenim banc d'òvuls i de semen i l'idea es que a la gent que vol donar primer se li fa una primera visita informativa, passen pel psicòleg també, i la decisió no la prenen al moment, sinó que marxen a casa i tornen en un parell de dies quan ja tenen totes les idees clares.

A partir d'aquí li enviem un consentiment informat on s'explica també tota la informació més tècnica del procés i un cop estan d'acord i no tenen cap dubte doncs activem la bateria de proves que s'han de fer, genètiques, per veure la salut d'aquella persona per a que no transmetis cap malaltia, o no estigui baixa de ferro, etc, de fet fem proves per donants. A vegades li diagnostiquem coses que els hi van bé per la seva salut actual o per a quan ells vulguin ser pares, i aquesta gent no pot donar però com venen aquí voluntàriament, es a dir, venen a fer un acte d'altruisme pues nosaltres els hi expliquem el seu problema i els assessorem.

Per als donants, també hi ha una compensació econòmica per les molèsties ocasionades, per les visites, i també la part aquesta de la informació mèdica pròpia que si no no t'ho faries.

Doncs, per la nostra part ja estaria, moltíssimes gràcies per la teva atenció i has sigut molt amable, de veritat, estem molt agraïdes.

I ara, de res, lo que necessiteu m'ho dieu. Gràcies a vosaltres

ANEXO 8 (Entrevista M*adre soltera*)

Edad: Actual 52 años, el embarazo fue a los 45 años.
Estado Civil: Madre soltera. Actualmente con pareja.
Antecedentes Obstétricos: Conización grado II y Aborto a los 23 años.
Trabajo: TCAE en Hospital Joan XXIII de Tarragona.

¿Cuál es el motivo que te ha llevado a acudir a este centro?

Primero de todo porque deseaba ser madre y encima trabajaba con el Doctor que tenía la clínica **CP2** de Tarragona.

Y segundo, no me quedaba embarazada de manera natural. Durante años probé de quedarme embarazada mediante "amigos". Yo legalmente hice un escrito donde acreditaba que en el caso de quedarme embarazada solo y exclusivamente los niños los podía disfrutar yo. Es decir, como yo quería ser madre soltera y solo quería los hijos para mi, pues fui ante un juez y este me hizo un escrito donde ponía legalmente que en el caso de que yo me quedara embarazada la custodia sería solo para mí, no habría ninguna figura paternal. Entonces durante un tiempo estuve intentando quedarme embarazada con amigos míos, aunque la situación era un poco fría, siempre intentaba compartir anteriormente momentos con ellos, como salir a cenar, ir al cine, o hablar con ellos sobre la vida. Después de varios intentos con diferentes personas me di cuenta de que este método no me funcionaba.

¿A qué centro/centros habéis acudido?

Fui a la clínica **CP2** de Tarragona, ya que al estar trabajando en aquella época con el Doctor en una clínica privada, él me comentó la posibilidad de acudir a **CP2** puesto que él tenía allí la consulta, y por ese motivo tenía claro que me iría bien y que al final conseguiría mi sueño de ser mamá.

¿Conocías otras opciones?

Sí, pero sinceramente no llegué a ir por el simple hecho de que en la otra clínica conocía al Doctor y tenía más confianza en ellos.

¿Qué TRA estás empleando para conseguirlo?

Lo primero que hice fue solo implantarme el semen, es decir me hice una inseminación artificial con semen de donante, y después como no me quedé embarazada, pues hice adopción de embriones. Mira, te explico mejor por todos los procesos que pasé para

quedarme embarazada. Cuando llegué a la consulta en la primera visita lo que me hicieron fue una analítica y una ecografía, es decir me hicieron como un reconocimiento médico. En esta ecografía lo que querían ver es como era el tamaño del folículo y dependiendo de éste pues te hacen tomar progesterona para aumentar el folículo y cuando esté en sus condiciones óptimas, es cuando te inseminan. Entonces estuve un tiempo tomándome progesterona SC dos veces al día junto con vitaminas y ácido fólico, y en cada visita que acudía pues me hacían una ecografía para volver a ver el tema del folículo y así poder ajustar el tratamiento. Estas visitas no siempre eran en el mismo plazo de tiempo, quizás eran cada 10 días, cada semana, o cada 15 días, pero nunca más de 15 días.

Cuando me vieron que estaba en el momento óptimo, se me hizo la primera implantación de semen. Me dijeron que a los 10-15 días me hiciera un test de embarazo, este que compras en la farmacia. Los días antes de hacerme el predictor los viví con mucha esperanza e ilusión de cumplir mi sueño, de ser mamá y no paraba de imaginarme con ellos en casa, yendo al parque, etc. Cuando me hice el predictor se me hicieron los minutos de espera larguísimos, solo pensaba que tenía un 50-50% de posibilidades de quedarme embarazada.

Cuando vi que el resultado era negativo, me entró el bajón, sentí tristeza y pensé que mi sueño no se cumpliría. Lo intenté en tres ocasiones, y al final nos dimos cuenta tanto el médico como yo que no era la mejor opción, y entonces decidimos pasar a la adopción de embriones.

En la adopción de embriones, antes de empezar el tratamiento me hicieron traer fotografías mías de pequeña, de grande, de mis sobrinos, tíos, hermanos, etc, con el objetivo de encontrar un “semen” que contenga las máximas características propias. Al igual que con la implantación tuve que pincharme progesterona, y tomar vitaminas y ácido fólico, aunque ya digo que estas se van regulando según las analíticas y las ecos.

Después de realizar la adopción de embriones, la espera es infinita. En este caso el test que me hice fue positivo, entonces me puse en contacto con la clínica para seguir con todo el proceso. En mi caso, me pusieron 5 embriones, de esos 5, solamente 3 se implantaron, aun así, yo firmé un papel que en el caso de que fueran 3 (imagínate trillizos) lo aceptaría sin ningún problema. Yo quería que mínimo me implantaran dos, por si uno fallaba pues al menos tener el otro.

Después me fui haciendo revisiones y ecos cada 15 días en el hospital por ser un embarazo de riesgo de madre de 45 años y aparte embarazo gemelar, y en la clínica el seguimiento era cada mes aproximadamente.

¿Has tenido que intentarlo más de una vez? ¿Has conseguido el embarazo a la primera?

No a la cuarta vez, me hice 3 inseminaciones artificiales y 1 adopción de embriones.

¿Cuál ha sido el coste económico final?

Pues mira respecto al precio final no lo sé muy bien porque al trabajar con el Doctor pues me hacían precio, e incluso las "ecos" no me las cobraban. Lo que si que fue caro era la medicación que tenía que comprar en la farmacia, ya que la progesterona es cara. Pero los precios de las técnicas que usé fueron:

- *Inseminación Artificial con banco de semen:* 100 euros.
- *Inseminación Artificial con banco de semen. Honorarios Laboratorio:* 445 euros.
- *Honorarios médicos (controles médicos, y transferencias embrionarias):* 800 euros.
- *Laboratorio de FIV (descongelación embrionaria y transferencia embrionaria)*:800 euros.
- *Programa Óscar (ecografía y analítica 12 semanas de gestación):* 110 euros.
- *Ecografía morfológica (19-20 semanas de gestación):* 140 euros.
- *Ecografía 3D/4D (28-30 semanas de gestación) con DVD de toda la sesión:* 160 euros.
- *Ecografía de 3r trimestre (34-36 semanas de gestación):* 100 euros.

¿A la hora de elegir el esperma, usaste el banco de semen, que opciones se contemplaron?

En el banco de semen no se miran las características, solo el color de la piel del donante y tus parecidos.

En la adopción de embriones, como ya he dicho anteriormente me hicieron llevar fotografías mías y de mis familiares para conseguir un semen con características parecidas.

En el caso de usar el de un donante ¿qué pensamientos os produce esta situación?

Ninguna. Estuve una buena temporada con donantes amigos y viví el proceso con normalidad, a veces me sentía un poco extraña, pero era consciente que yo necesitaba ese semen de donante ya que era un requisito fisiológico y sin ello no podía conseguir mi sueño, así que no me supuso ningún problema, lo tenía claro.

¿Cómo ha sido la espera?

Siempre lo he llevado con alegría. Pero es cierto que había momentos de tristeza sobre todo al ver que el test daba negativo respecto al embarazo, ahí piensas “otra vez tengo que volver a empezar”, la verdad es que es como si llegaras a un pozo cuando te sale negativo. Pero quitando ese momento, todo lo demás ha sido precioso, y no he vivido el proceso ni angustiada ni con ansiedad.

¿Contemplabas o contempláis la opción de adoptar?

Si que contemplaba la opción de adoptar, pero era consciente de que es un proceso muy lento y que este puede llegar a tardar hasta 10 años, y me pedían muchísimos requisitos, sobre todo a nivel económico. Estos requisitos van variando, no todos los años son iguales, pero cuando yo me puse a mirarlos había muchos que no cumplía. Tenía que cobrar mínimo 1800 euros, tener una casa de mi propiedad con un mínimo de 3 habitaciones, etc. Entonces esta era una opción que me plantee por si no fuesen bien las otras opciones, pero es cierto que no se adecuaba a mi situación.

¿Cómo valoraríais el proceso?

En positivo. Yo estoy súper orgullosa de ser madre, de haberlo sido soltera y de tener mis dos hijos. Ahora mismo tengo una pareja y el tiene un niño, así que pasé de ser 1 a ser 5 en casa, imagínate, toda una locura y toda una experiencia increíble.

¿Qué es lo mejor y lo peor del proceso?

Lo mejor es ver a tus hijos, y en mi caso que fuese encima un niño y una niña me hacía mucho más feliz.

Lo peor es el momento en el que te vas a hacer el test de embarazo y este te sale negativo. Por un momento te hundes.

¿Habéis pensado en dejar de intentarlo en algún momento?

Si, si la adopción de embriones hubiera dado negativo.

¿Volveríais a intentarlo? ¿De la misma manera?

Si, si tuviera 10 años menos de cuando lo hice. Lo recomendaría 100% a todas las mujeres que quisieran ser madres solteras, pero primero aconsejaría que lo intentaran por la vía fácil (de manera natural y legalmente firmando un papel que acredite que la custodia es tuya y que nadie te pueda recriminar nunca nada), y si no lo consiguen así pues que pasaran a las TRA.

Y sí, lo haría de la misma manera, he sido feliz y soy muy feliz actualmente.

ANEXO 9 (Entrevista *Pareja heterosexual infértil 1*)

Edad: Actual 33 años, el embarazo fue a los 32 años.
Estado Civil: Casada.
Antecedentes Obstétricos: Infertilidad femenina y masculina.
Trabajo: DUI en Hospital Joan XXIII de Tarragona.

Hola, bon dia. Som la Maria Campabadal i l'Inma Castro. Com has llegit al full informatiu, estem fent el treball de fi de grau sobre l'experiència en la reproducció assistida. Primer de tot, ens podries fer un resum sobre els teus antecedents, edat, professió, fills...?

Si clar, doncs jo actualment tinc 33 anys, vaig néixer a Tarragona, soc i exerceixo com infermera, estic casada fa 7 anys i tinc un fill de 10 mesos.

Quin va ser el motiu per el qual et va portar a acudir per primera vegada a un centre de reproducció assistida?

Doncs, perquè vam començar a buscar fills i al cap d'un any i pico encara no ho havíem aconseguit. Jo tenia 25 anys quan vam començar, era molt jove, i era molt estrany que no ho aconseguíssim.

Llavors, vau estar un any i poc buscant un fill de manera natural abans d'acudir a algun centre per intentar-ho mitjançant una tècnica de reproducció assistida.

Si, exacte. I després de la primera consulta mig any més fins el primer intent de fecundació assistida.

Quant de temps va passar des d'aquesta primera consulta fins que vas aconseguir quedar-te en estat?

8 anys.

Com heu viscut la teva parella i tu aquests 8 anys de la vostra vida?

Resumint els 8 anys... Els primers si que els vam viure amb més ansietat, et penses que la primera vegada que et fan un tractament de fertilitat et quedaràs embarassada i es resoldrà i estàs com a més nerviós. Però, conforme van passant els anys i veus que no et quedes embarassada, et vas relaxant i vas pensant que al final pot ser no és el més important. Ho vas intentant però amb més tranquil·litat i vas fen-te la idea de que possiblement "no serà", que pots no quedar-t'hi mai.

Abans de recórrer a les tècniques de reproducció assistida, vau utilitzar algun altre remei? Tests d'ovulació, etc.

No, perquè no volia obsessionar-me. Vam començar a buscar-ho de manera relaxada. Mai vaig mirar-me la temperatura ni em vaig fer tests d'ovulació ni res.

Finalment, on us van diagnosticar el problema? Quin era?

Doncs, en el nostre cas al Hospital Joan XXIII ens van detectar un factor femení i un masculí, tots dos. I a més, molt importants els dos.

Com vau viure el diagnòstic fins que vau saber de que tractava el problema? Teníeu por, algun dels dos es sentia culpable?

No, la veritat es que és una cosa que jo mai m'havia imaginat que em passaria. Jo sempre havia pensat que volia ser mare jove i em pensava que em quedaria embarassada de seguida. Llavors, quan ja m'hi vaig quedar vaig pensar, doncs segur que passa alguna cosa. Però no, no ho vam viure amb molta ansietat ni amb culpabilitat.

To i que no sabíem que passava i que vam tardar bastant en saber-ho, en cap moment ens vam culpabilitzar.

A quin centre o centres heu acudit?

Doncs durant els 8 anys vam canviar. Vam començar a l'hospital Joan XIII de manera pública, on va ser la primera consulta; vam fer inseminacions i no va funcionar. Des del mateix hospital ens van derivar al centre de referència de fecundació *in-vitro* que és l'hospital Sant Pau de Barcelona (també servei públic).

Com que allà la llista d'espera és molt llarga, mentrestant vam anar a la clínica **CP2** aquí a Tarragona. A la clínica privada no ho vam aconseguir.

Ens van cridar de Barcelona i allí, a la segona, si que finalment vam aconseguir quedar-nos en estat i tenir el nen. A més havíem estat parlant el meu home i jo de que era la última vegada que ho intentàvem.

Llavors, quines tècniques vau utilitzar en cada centre? Quants cicles de cadascuna?

Vam utilitzar dos estimulacions de inseminació artificial a l'hospital Joan XXIII, que no van funcionar.

A la clínica **CP2**, una vegada tenien el diagnòstic final, vam passar directament a la fecundació *in-vitro* amb tècnica ICSI. Vaig fer una estimulació de la qual van sortir 2

embrions. En aquell moment vam decidir que em transferirien un i congelaríem el segon per si aquest primer no sortia endavant. El primer embrió es va implantar però a les 7 setmanes vaig tenir un avortament. Al cap d'un temps, em van transferir l'embrió que havíem congelat i aquell no es va implantar.

Finalment a Barcelona, van seguir amb la fecundació *in-vitro* amb tècnica ICSI i després de 2 cicles vam aconseguir la implantació i l'embaràs viable del meu fill.

El semen que vau utilitzar, va ser conjugal o procedent d'un banc de semen?

Teníem claríssim que havia de ser conjugal i ho va ser en totes les ocasions.

Com valoraries el procés? Ja que vau ser usuaris de les tècniques de les dos rames que ofereixen les tècniques de reproducció assistida, creus que hi ha diferència en el tracte entre el sistema públic i les clíniques privades?

Et diré que a la pública el tracte és més "fred", tant a Joan XXIII com a l'hospital Sant Pau; és sempre correcte, sempre ha sigut molt correcte, però no hi ha les "floritures" que hi ha a la privada. A nosaltres, de fet, no ens feien falta "floritures", es igual si es saben el teu nom. A la pública tenen el teu nom i les teves dades, a la privada et coneixen, etc.

Nosaltres en aquell moment només valoràvem que tinguessin clar el que havíem de fer i quin tractament havíem de seguir. Però si, sempre em vaig sentir bé.

Doncs, a la sanitat privada vas notar d'alguna manera més suport psicològic o emocional?

Si, al menys el ginecòleg que et parlava, ho feia més a poc a poc, t'explicava més les coses. A la pública et passaven un paper amb les dosis que t'havies de prendre i marxaves. Entraves allà, et feien una ecografia, no t'havien dit gairebé ni bon dia.

Vau pensar en deixar d'intentar-ho en algun moment?

Si, aquesta última com ja he dit teníem claríssim que era la última vegada. Tenim clar que no havia d'haver donants ni d'una part ni de l'altre. I que a la 6ª vegada, 6ª estimulació (que era aquella) paràvem. Estava molt cansada.

Et vas sentir cansada arrel de les estimulacions?

Si, en el meu cas no em va afectar de manera física ni de caràcter. El que és cansat és psicològicament. I no era tristesa per no quedar-me embarassada, sinó que has d'estar pendent d'allò constantment. Havia d'anar a Barcelona cada dia, es una cosa que tens present constantment .

Es va veure afectada la relació amb la teva parella durant algun moment arrel d'aquest procés?

No, ens vam ajudar mútuament i mai cap dels dos ens vam retreure mai de qui era la culpa ni res. Ens vam respectar moltíssim.

I respecte a la vostra família, sabia del vostre problema d'infertilitat? Sabia del vostre desig de ser pares i que ho estàveu buscant? O ho vau portar de una manera més intima com a parella?

D'entrada ho vam portar més íntim tot i que jo soc més d'explicar-ho, però el meu home no ho volia explicar tant perquè pensava que ens "agobiarien" preguntant si ja ens havíem quedat, si no, etc.

Però al final va resultar al revés, que ens "agobiavem" perquè no teníem fills i la família considerava que n'havíem de tenir (que això ja és un altre tema) i no paraven de preguntar fins que al final el que va funcionar va ser dir: "no podem, estem *en ello* i ja està". Llavors va parar tothom de preguntar.

Quin va ser el cost econòmic final de totes les tècniques utilitzades en el vostre cas? Durant els 8 anys, realment només us va suposar un cost econòmic el temps a la clínica privada?

Al final, la sanitat pública també té un cost, perquè per exemple, nosaltres que som de Tarragona ens vam haver de desplaçar fins a Barcelona moltes vegades i els viatges amb cotxe, la gasolina i els peatges, ho has de pagar tu.

Tot i que a la sanitat pública els medicaments són totalment gratuïts a les receptes veus els preus i em van arribar a fer-ne de 10.000€. I no en va ser una sola.

A la privada, el tractament van ser 8.000€ més 2.000€, ja en portem 10.000€. I els viatges a Barcelona contant que vam anar i tornar unes 12 vegades... no se quan pot valdre això. Uns 12-13.000€.

S'oblida d'alguna manera aquest cost econòmic una vegada aconsegueixes ser mare?

Si, bueno, quan acaba tot et comences a plantejar que potser no hauria calgut anar a la clínica privada... No saps si els diagnòstics de la privada també van ajudar després a que la pública ja sàpigues per on anava el problema...

En algun moment vau contemplar la opció d'adoptar?

No, mai. Teníem clarissim que no volíem adoptar. No per res, però ho teníem molt clar.

Creieu haver aconseguit el desig de ser pares?

Si és clar, estem molt contents.

Ho tornaríeu a intentar?

Ui no, si ha de venir un segon fill vindrà espontani. Si no, no vindrà.

Doncs, ja està. Moltíssimes gràcies!

ANEXO 10 (Entrevista P*areja heterosexual infértil 2*)

Edad: Actual 34 años (mujer) y 37 años (hombre), el embarazo fue a los 31 años.
Estado Civil: Casados.
Antecedentes Obstétricos: Ovarios poliquísticos (mujer) diagnosticados des de los 16 años.
Trabajo: Refieren optar por el anonimato.

Bé, doncs primer de tot necessitaria saber la vostra edat, l'estat civil, i una mica de presentació de cadascú de vosaltres, un petit resum.

Actualment tinc 34 anys i el meu home en té 37 i som els dos de Barcelona. Ara fa 4 anys vam venir a viure aquí a Altafulla. Estem casats i vam començar a buscar ser pares quan jo tenia 26 anys. Ara doncs tenim dos fills bessons, un nen i una nena de 3 anys.

El que vull començar dient, que crec que serà molt important, és que quan tenia 16 anys em van diagnosticar ovaris poliquístics, la meva primera menstruació va ser als 16 anys. Des de llavors mai em va venir bé la regla, em venia un cop a l'any, un cop cada dos anys... Llavors vaig començar a anar al meu ginecòleg (per mútua) a Barcelona i va ser quan m'ho van diagnosticar, vaig començar a prendre pastilles anti-conceptives i se'm va regular.

Però des de llavors jo ja sabia que probablement tindria problemes a l'hora de ser mare, n'era molt conscient. Que mai ho saps del tot fins que no t'hi poses, que pot ser que no tinguis regles regulars però justament aquell mes ovulis i doni la casualitat.

Es a dir, tu ja fa molts anys que vas saber d'aquesta possibilitat.

Si, exacte. I doncs, quan vam posar-nos a buscar evidentment vaig deixar les anticonceptives, però... res. Llavors vaig començar a prendre pastilles, però més que res per ovular.

Quines pastilles? Receptades per el teu ginecòleg?

Es deien... *Seidivid*. Si, bueno, en el nostre cas ens les va recomanar però diria que també es poden comprar sense recepta. I vaig estar prenent-me-les doncs uns 6 mesos per a ovular, però clar, ja et poses nerviós perquè no saps si funcionarà o no. És el primer pas, el pas previ a iniciar un procés de fertilitat.

Després a la que vam veure que no funcionava, el meu ginecòleg també té una clínica de fertilitat i vam començar allà, ja que ens coneixia i tot doncs vam provar amb ell... Però ja no vam fer ni inseminació artificial, vam anar directament a la *in vitro*, la primera

al octubre de 2014. Però no vam arribar a fer la transferència. Van sortir 6 òvuls, d'aquests 6 van quedar 4 fecundats i el dia 5 (quan ja eren blastòcits) van veure que no hi va arribar cap de viu.

Aquesta primera *in vitro* va ser bastant traumàtica perquè quan comences amb un procés d'aquests et penses que això és fàcil, que és un procés ràpid, que al menys a l'embaràs o a la transferència d'embrions arribaràs i no va ser així. Llavors, clar, va ser

Llavors clar, va ser un cop molt dur perquè realment et pares a pensar i quan estàs en un procés d'aquest tipus i t'expliquen tot el que comporta dius "ostres" no es tan fàcil com t'ho pinten! Perquè clar, primer has de tenir òvuls, els has de tenir bons, després han de ajuntar-se amb l'esperma, s'ha de formar l'embrió, llavors s'ha d'agafar a l'úter... Doncs imagina't, el fet de no arribar a la transferència... va ser "durillo".
A partir d'aquí va ser quan vam decidir canviar de centre perquè, tot i que era el meu ginecòleg de confiança, no ens va agradar tot el que va ser el procés i ens va generar molta desconfiança. El meu ginecòleg és molt bo però no ens va donar la sensació de control i d'ordre que esperàvem en aquell moment.

Després d'aquest canvi de centre a quin us vau dirigir? I com va ser l'elecció, quins factors vau tenir en compte?
Doncs, com ja he dit abans, la primera fecundació la vam fer a Barcelona però nosaltres ja vivíem aquí. Va fet de estar fent un tractament d'aquests, et fa estar constantment fente visites i proves i llavors jo em vaig haver de quedar un temps allà a Barcelona, ell no estava amb mi...
Va ser molt complicat compaginar-ho amb la feina, va ser una mica complicada la situació.
Per això vam decidir que el segon procés els faríem aquí a la zona de Tarragona. Per triar el centre el que vam fer va ser a través d'Internet doncs buscar opinions de diferents centres i vam anar dos a fer una primera visita. La primera a la clínica **CP1** i vam fer la entrevista i no ens va agradar gens i després a la clínica **CP2** de la que vam sortir encantats. En aquesta segona clínica ens va sobtar el fer de que la primera visita, val 100€, te la cobren, i dius "ostres" pagar quan realment encara no se si m'ho faré allà és una decisió complicada. A més que són processos molt cars, vas sumant i sumant.

Així doncs, tornant a les tècniques que vau utilitzar, heu dit que vau passar directament a la fecundació in vitro. Sabeu si van ser ICSI o FIV convencional?

Si, totes van ser fecundació *in vitro* la primera vam fer un 50%, dels 6 òvuls que van sortir 3 ICSI i 3 convencional. Després d'aquesta van ser totes ICSI, inclosa en la que van néixer els nens.

Si parlem sobre el diagnòstic, tot i que ja teníeu una idea a causa del teu diagnòstic previ de ovaris poliquístics, com va ser?

L'únic que si que és veritat és que com ja he dit que el meu ginecòleg va ser com una mica desorganitzat: "com que no et quedes embarassada de manera natural i ja hem provat les pastilles, i tens ovàris poliquístics doncs directament anem a fer una fecundació *in vitro*, però realment no ens va fer cap prova: ni un seminograma, ni res.

Clar, a la clínica **CP2** de Tarragona, ens van fer analítiques de sang als dos, un genotip o cariotip per mirar els nostres gens i cromosomes, amb ell un seminograma a mi una salpingografía. En general un estudi moltíssim més exhaustiu que el que ens havien fet anteriorment.

Així doncs, l'embaràs viable que us va permetre finalment ser pares va ser a la clínica y. Quants cicles o fecundacions vau haver de fer? Va ser a la primera?

No, a la clínica y en vam fer 2. Una al Juny de 2015 i em vaig quedar embarassada, em van posar dos embrions i em vaig quedar de 1 i el vaig perdre a l'agost. Vaig tenir moltes pèrdues, van parar i quan vam anar a una visita rutinària de control el dia que ens donaven l'alta de la clínica y ens van dir que se li "havia parat el cor".

Després vam fer l'altre, i em van transferir 2 embrions, es van agafar els dos i són ells.

El semen que vau utilitzar per la fecundació va ser conjugal entenc.

Si, exacte, en totes 3 *in vitro.*

Com valoraríeu el procés en si des de que vau inicar la búsqueda de ser pares fins que ho vau ser?

Jo com ja t'he comentat,crec que jo ho portava millor per el fet de que ja sabia que tenia problemes desde molt jove, vull dir, els antecedents eren els que eren, ho tenia bastant assumit.

Ell, sabent que el nostre problema era un factor femení, doncs potser era el que no s'ho esperava tant. En tot moment em va recolzar.

Clar, tu quan penses en tenir nens, no penses en anar a un centre de reproducció assistida. Lo habitual en tenir nens mitjançant una relació de parella, íntima. I el fet de

haver de gastar també una sèrie de diners, perquè no ens enganyem són processos que son molt cars, doncs també fa que sigui més difícil. No és el procés natural de tenir un nen. Llavors clar, és difícil d'assimilar.

Jo ho tenia més assimilat perquè ja sabia que probablement hauria de tirar per aquest camí per poder arribar a ser mare.

En algun moment del procés vau pensar en deixar-ho d'intentar?

Bueno, l'avort que vaig tenir... Per a molta gent el fet de tenir un avortament és traumàtic, en el nostre cas no et dic que no ho fós perquè va ser un cop dur, perquè quan veus que ja no tens pèrdues i creus que tot està bé, i anirà cap endavant... perquè estava de 10 setmanes quan ens vam enterar... va ser una mica difícil.

Però en vam treure la part positiva de tot, era que realment podia quedar-me embarassada, va ser una part molt bona del procés.

Llavors al fer la tercera *in vitro* ens vam plantejar que si en aquella no anava bé o bé tiràvem cap a donants, o.... es a dir, el proper pas no era deixar-ho d'intentar.

Tot i que abans ho has avançat una mica, creieu que es va veure afectada la vostra relació com a parella?

Hahaha va haver algun moment complicat, perquè clar, no és el mateix tenir relacions i tenir un nen que gastar-te 15000€i dir anem a tenir un nen. Clar passa a ser una decisió molt premeditada i llavors hi ha moments difícils. Et fa plantejar "ostres, realment és el que volem"? Jo en cap moment vaig tenir dubte de tenir nens, eh. Per la part masculina si que potser en va haver més hahaha. Ser mare era el que més desitjava en el món.

Són processos molt cars i la economia afecta a la parella, el fet d'anar gastant diners i veure que no funciona doncs és bastant "fotut".

Doncs, com has avançat abans, el cost econòmic final aproximat quant va ser?

Doncs, uns 15.000€ o inclús algo més perquè crec que no està inclosa la medicació.

En algun moment vau contemplar la opció d'adoptar?

Si, tot i que encara ens quedaven moltes opcions abans d'arribar. Jo era conscient de que m'hagués agradat tenir un fill biològic però en cap moment ens vam negar. Volíem provar totes les possibilitats abans d'adoptar, però inclús ara tampoc ho descarto.

Finalment, creieu haver aconseguit el desig de ser pares?

I tant!

I, tornaríeu a intentar-ho?

Hahaha, estàs preguntant si te'n donaríem algun? Jo, un procés no el tornaria a fer. Però perquè ja ho he aconseguit. Per un tercer, si ve natural encantada, però... hahaha.

ANEXO 11 (Entrevista P*areja homosexual de mujeres*)

Edad: 39 años.
Estado Civil: Casada.
Trabajo: Asesora laboral, actualmente estudiando un grado universitario.

A quina edat vas/vau començar a ser usuària/es de les Tècniques de Reproducció Assistida (TRA)?

Bé, doncs si no m'enrecordo malament en el meu cas va ser als 33 anys.

Quants fills tens/teniu? De quina edat? Van ser fecundats mitjançant TRA?

Nosaltres tenim 3 fills, un de 15 anys i després tenim 2 més de 5 anys cadascú d'ells.

Els tres van vindre al món per mitjà de les TRA.

Tenies/teníeu clar que volíeu ser mare/s? Des de quan?

Doncs si, sempre hem volgut ser mares. Es cert que la mare gestant del primer fill, es a dir la meva parella sempre ha volgut ser mare i ha tingut sempre present aquest sentiment maternal.

Jo, en canvi que soc la mare dels altres dos, doncs no ho tenia del tot tan clar com ella, però es cert que amb el temps doncs les dues vam tenir ganes de repetir, i clar, com ella ja va ser gestant una vegada, doncs aquest cop vam decidir que ho faria jo.

Quin va ser el motiu per el qual vau acudir a les TRA? Com us vau informar dels diferents centres, pública o privada?

El motiu principal i únic pel que vam tindre que acudir a un centre de reproducció assistida va ser perquè som dones, i malauradament no ens podem gestar per nosaltres mateixes.

Realment en el nostre cas va ser bàsicament boca-orella, teníem amigues que ho havien fet i els hi va anar bé i per aquest motiu vam acudir a la clínica seleccionada.

Finalment, que va ser el que us va fer decidir la opció final? Vau canviar de centre del primer fill als altres? Si és així, per què?

Lo que vam tindre en compte a la hora de seleccionar el centre, com he dit anteriorment va ser el boca-orella i la confiança que ens va transmetre tot l'equip.

Sí que vam canviar del primer fill als altres dos, però en aquest cas no va ser per cap motiu de tracte ni res d'això, simplement era perquè ens vam informar de més centres i

ens vam adonar que hi havien d'altres que estaven més avançats tècnicament, i per aquest motiu doncs es va donar més confiança a l'hora de garantir l'embaràs.

Creieu que la informació està a l'abast fàcil de tothom?

Si, crec que avui en dia es molt fàcil trobar la informació que necessitem, però si que es cert que hi ha moments que sorgeixen dubtes i es difícil solucionar-los, perquè les clíniques tenen els seus horaris i ens hem d'adaptar a elles.

Coneixíeu altres opcions per a ser mare/s?

No, tampoc ens hem volgut informar de més opcions. Ho teníem molt clar desde el primer moment que ho faríem així.

Com va ser el vostre procés? Fes/feu un resum des de la primera consulta, la quantitat de cicles que heu fet, el tipus de tècnica utilitzada en cadascun dels embarassos, els sentiments que teníeu en cada moment.

Doncs mira, el fill gran va ser una inseminació artificial sense cap tipus de química. I vam utilitzar esperma de donant de banc de semen.

Per l'altra banda, els bessons, va ser una mica més difícil, ja que vam intentar fer inseminació artificial dos vegades, que van resultar ser nul·les. En el tercer intent em vaig tindre que hormonar, però el resultat van ser molts òvuls i no era aconsellable intentar fer una inseminació perquè es podria donar un cas de haver estat un embaràs múltiple (5-6). Així que en aquest cas ens van aconsellar fer una fecundació in vitro.

Em van implantar 2 embrions i tots dos van acabar convertint-se en els nostres dos fills nascuts.

Durant el procés, vau informar als vostres cercles més propers? Amics, família o vau decidir portar-lo mes en la intimitat?

Si que ho vam informar, però solament a la nostra part més propera. Quan ens adentrem en aquest món de la reproducció assistida mai saps si tot anirà bé, si ho aconseguiràs o si no, per aquest motiu es millor que ho sàpiguen poques persones, ja que serán elles les que t'ajudaran en els moments més difícils, i els necessitaràs, però sense arribar-te a agobiar.

A l'hora d'escollir l'esperma, quines opcions es van contemplar? Vau utilitzar banc de semen? Quins pensament et/us van produir aquesta situació?

Només contemplàvem la opció anònima del banc d'esperma de confiança del centre. Per tant, si, vam utilitzar el banc de semen.

Doncs, els sentiments que teníem era incertesa, però hem de dir que per sort l'equip ens va acompanyar durant tot el procés i van fer que estiguéssim molt més tranquil·les.

Heu tingut o us han posat alguna limitació a l'hora de voler ser mare/mares?

No, mai.

Com vau viure l'espera dins a ser mare/mares?

Doncs vam viure dos esperes totalment diferents, en el primer embaràs tot va anar genial i ho vam viure molt bé. Però en el meu embaràs, és a dir en el dels bessons, vaig tenir 3 amenaces d'avort, i això va fer que ho visqués d'una manera molt angoixant. A més vaig patir hiper estimulació ovàrica. Lo que va fer que estigués moltes setmanes al llit i al sofà. Però finalment tot va sortir genial.

Com valoraríeu l'atenció i el procés en general? Que és el millor i el pitjor del procés?

Va ser increïble en els dos centres que vam anar, ho resumiria dient que va ser una experiència molt positiva.

El millor que ens va passar, el resultat. Ja que sigui com sigui vam aconseguir ser mares i tenir als nostres fills.

El pitjor de tot va ser el preu, per sort nosaltres ho vam poder fer, però moltes persones que no tenen una estabilitat econòmica prou bona doncs no ho podran fer, i es molt trist voler ser mare i no poder pels diners.

Quin va ser el cost econòmic final aproximat de tot el procés?

El primer embaràs com tot va sortir bé a la primera i va resultar ser fàcil, doncs vam pagar 1.200 euros (inseminació artificial).

En el segon cas al ser una fecundació in vitro, vam pagar uns 9.000 euros. En aquest cas també hauríem de sumar la medicació que em vaig tindre que comprar a la farmàcia, que es bastant cara.

Vas/vau pensar en deixar-ho d'intentar en cap moment?

No, mai, en cap moment.

En el cas de la parella, es va veure afectada la vostra relació en cap moment?

En el nostre cas ens va passar tot lo contrari, com que la meva parella es va quedar embarassada la primera vegada, doncs per mi va ser una sort, ja que vaig poder contar amb els seus consells i el seu acompanyament. Va ser un reforç molt positiu per a les dues.

Tornaries/tornaríeu a intentar-ho? De la mateixa manera?

Si que ho tornaríem a fer, i en el nostre cas, coincidim les dues que ho faríem de la mateixa manera.

ANEXO 12 (Plan de Trabajo: Cronograma)

PERIODO	ACTIVIDADES
Setiembre	- Primera búsqueda de información y decisión final del tema del trabajo. - Programar las distintas fases que se desarrollarán en el trabajo.
Octubre	- Justificación del tema elegido e interés para el desarrollo de la profesión de enfermería. - Búsqueda extensa de información focalizada en el tema elegido.
Noviembre	- Elaboración del objetivo principal y específicos. - Búsqueda de centros de fertilidad en la provincia de Tarragona y alrededores.
Diciembre	- Redacción final del cuerpo teórico del trabajo.
Enero	- Redacción de material y método. - Contacto con el personal de estudio, y redacción de las preguntas que compondrán la entrevista.
Febrero	- Pasar las entrevistas a la población de estudio. - Transcribir las distintas entrevistas.
Marzo	- Extraer conclusiones de las entrevistas.
Abril	- Aplicación de análisis de los resultados. - Elaboración del informe borrador.
Mayo	- Corrección final del trabajo. - Realización de la presentación Power Point para la exposición.
Junio	- Entrega del documento. - Defensa del trabajo.