



**Consecuencias de la  
infertilidad/esterilidad en la salud  
de la mujer.**

**Consequences of infertility/sterility  
in woman's health.**

**Trabajo de fin de grado para la obtención del título de Graduada en Enfermería.**

**Escuela Universitaria de Enfermería "Casa Salud Valdecilla"**

**Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria.**

**Autora: Laura Sañudo Toca**

**Directora: Lourdes Sevilla Miguélez**

**Junio de 2014.**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I. CONCEPTOS GENERALES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE INFERTILIDAD.....	6
CAPÍTULO II. CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA MUJER. ....	12
CAPÍTULO III. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER INFÉRIL.....	17
REFLEXIONES .....	28
BIBLIOGRAFÍA .....	29
ANEXOS .....	32

## RESUMEN

Los problemas de fertilidad han aumentado en los últimos años debido, principalmente, al incremento de la edad de la mujer con deseo reproductivo. Este aumento de edad está condicionado por la situación socioeconómica del país, ya que la mujer retrasa la búsqueda de un hijo hasta que su situación familiar y laboral es lo más estable posible. La dificultad para lograr un embarazo ocasiona en la mujer sentimientos de frustración, derivados de las connotaciones que la maternidad tiene en nuestra sociedad y, por lo tanto, del significado que la maternidad tiene en la mujer. Todo esto origina una serie de consecuencias que van más allá del problema físico. La mujer infértil, sufre alteraciones emocionales que repercuten en su entorno social y de pareja, y que perturba por completo su vida. El cuidado que la enfermera puede prestar a las mujeres con estas alteraciones, dado que el enfoque de dicho cuidado suele realizarse desde la perspectiva biopsicosocial, puede mejorar la salud percibida por la mujer.

Palabras clave: infertilidad, enfermería, salud de la mujer.

## ABSTRACT

Fertility problems have increased in the last years, mainly, due to the increase of women age with reproductive desire. This age increase is conditioned by the socio-economic situation of the country, as women delay seeking a child until their family and work situation is as stable as possible. The difficulty to get pregnant causes in the women feelings of frustration, derived from the connotations that motherhood has on our society and, therefore, the meaning that motherhood has on women. All this originates a number of consequences that go beyond the physical problem. The infertile woman suffers emotional alteration which affect her social environment and her relationship issues, and which disturb completely her life. The attention that the nurse can provide women with these conditions, given that the approach of such care is usually performed from a biopsychosocial perspective, can improve the noticed health by the woman.

Key words: infertility, nursing, woman's health.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo de una población está condicionado por los factores históricos y el comportamiento reproductivo del momento <sup>1</sup>. Siguiendo con esta afirmación, es notorio el cambio que ha sufrido la tasa de fecundidad (número de hijos nacidos por cada mil mujeres en edad fértil) en los últimos años, lo que se manifiesta por el índice de natalidad de la población (tasa bruta del total de nacimientos por el total de la población) <sup>1</sup>.

A principios del siglo XX, la media de hijos por mujer en edad reproductiva era de cuatro <sup>1</sup>. Sin embargo, no se produjo un importante crecimiento poblacional, pues la esperanza de vida al nacer era baja <sup>1</sup>. Durante la Guerra Civil, el crecimiento de la población sufrió un brusco descenso, que se vio recuperado posteriormente <sup>1</sup>. Esta recuperación poblacional fue paulatina e irregular hasta los años 50, debido a la débil situación económica y las frecuentes crisis <sup>1</sup>. En los años 70, tras la mejora de la economía y las condiciones de vida de la población, se produjo un “babyboom” justo cuando en los países del norte y centro de Europa comenzaba un brusco descenso de la fecundidad, el cual se iniciaría en España a partir de 1975 <sup>1</sup>.

La consecuencia inmediata de estos acontecimientos, fue la reducción del número de hijos nacidos por cada mujer en edad fértil, expresado mediante el índice coyuntural de fecundidad (ICF), que pasó de 3.3 hijos en 1974 a 1.38 en el año 2010 <sup>1</sup>.

Además, a lo largo de la historia los grupos de edad en los que una mujer tenía su primer hijo han ido cambiando progresivamente. En 1975 predominaban los nacimientos cuando la edad de la madre se comprendía entre los 20 y 29 años, situación muy diferente a la actual, en la que la edad a la que una mujer es madre ronda los 35-39 años <sup>1</sup>.

Como todos los acontecimientos demográficos, este hecho está relacionado con la situación actual del país, en la que la crisis económica hace que muchas parejas pospongan la búsqueda de su primer hijo hasta que su trabajo, ingresos y apoyo familiar sea lo más estable posible. Esto hace que el tiempo que tiene una mujer para ser madre se reduzca, pues la dificultad por quedarse embarazada aumenta con los años de la mujer <sup>1,2</sup>. Esta dificultad por ser madre se traduce, en ocasiones, en problemas de fertilidad.

Las alteraciones de la fertilidad constituyen uno de los principales problemas de salud sexual y reproductiva que deriva, la mayoría de las veces, en consecuencias psíquicas y sociales en la salud de la mujer <sup>3</sup>. La importancia de la fertilidad en la sociedad y el cumplimiento de los roles establecidos por cada cultura, hace que la ausencia de procreación sea considerada como un “incumplimiento de la norma”, lo cual genera importantes consecuencias emocionales en la mujer infértil que desea ser madre <sup>4</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada cuatro parejas en países desarrollados, sufren problemas de infertilidad <sup>5</sup>. En España, aproximadamente el 15% de las parejas en edad reproductiva padecen infertilidad y unas 800.000 consultan su problema <sup>6</sup>. Además, en los últimos años se está elevando la incidencia de infertilidad, debido a múltiples factores relacionados con el estilo de vida en nuestro país. Algunos de estos factores son el incremento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o enfermedades pélvicas inflamatorias (EPI), las cuales dejan importantes secuelas en el aparato reproductor femenino y puede condicionar la fertilidad de la mujer <sup>4</sup>.

Con el presente trabajo pretendemos destacar el importante papel que tiene la enfermería en la atención a mujeres con problemas de fertilidad, pues numerosos estudios demuestran que tras las intervenciones enfermeras el estado de salud de la mujer mejora. La infertilidad no es únicamente un problema biológico que afecta a la anatomía y fisiología de la mujer, sino

que afecta por completo a todos los aspectos de su vida, y debe ser tratado como tal. Las principales consecuencias que origina la infertilidad, y que deben ser tenidas en cuenta por el profesional de enfermería, son depresión, ansiedad, baja autoestima y/o pérdida del interés y goce sexual, entre otras.

Por lo tanto, los objetivos del presente trabajo son los siguientes:

**Objetivo general:** Analizar la importancia de la salud sexual y reproductiva en la salud de la mujer.

**Objetivos específicos:**

- Identificar los factores que afectan a la salud de la mujer tras el diagnóstico de infertilidad.
- Interpretar el proceso adaptativo al que se someten.
- Describir un plan de cuidados para las mujeres con problemas de fertilidad.

**Estrategia de búsqueda**

La búsqueda se realizó en diferentes bases de datos, libros de obstetricia y ginecología y páginas web de organizaciones sanitarias, como la OMS, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

Esta búsqueda se llevó a cabo entre el mes de diciembre del año 2013 y el mes de enero de 2014. En este último mes, se realizó una lectura crítica de los artículos inicialmente encontrados, para finalmente seleccionar los textos necesarios para la redacción de esta monografía.

Los descriptores o palabras clave utilizadas, en español y en inglés, unidos mediante el operador booleano “AND”, fueron los siguientes:

DeCs	MeSH
Infertilidad	Infertility
Enfermería	Nursing
Salud de la mujer	Women's health
Salud sexual	Sexual health
Autoimagen	Self concept

**Figura 1. Relación de descriptores según el idioma.**

Fuente: Elaboración propia.

El resultado de la búsqueda, según los descriptores utilizados en cada base de datos, fue el siguiente:

- **CUIDENPlus:** Base de datos de investigación en cuidados de salud. Se obtuvieron 43 resultados.
- **Dialnet:** Se obtuvieron 22 resultados.
- **Google académico:** Se obtuvieron 148 resultados.
- **PubMed – Medline:** Se obtuvieron 99 resultados.
- **Scopus:** Se obtuvieron 229 resultados.
- **Biblioteca Cochrane Plus:** Se obtuvieron 13 resultados.

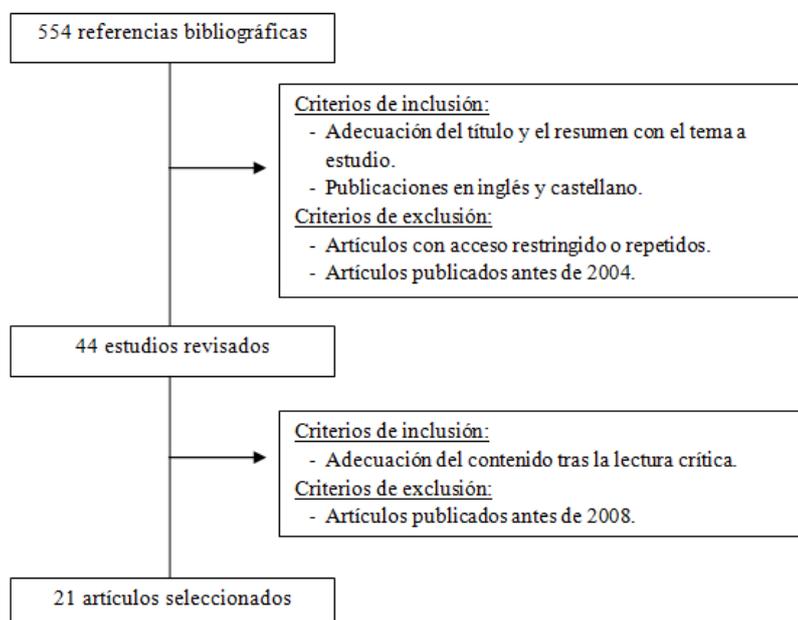
Se obtuvieron un total de 554 resultados en las diferentes bases de datos consultadas. Para la selección inicial de los artículos, se utilizó como criterio de inclusión la adecuación del título y el resumen del texto con el tema a tratar. Se descartaron todos los textos publicados en un

idioma diferente al castellano o el inglés, los que no ofrecían un acceso libre al contenido, los artículos repetidos y los publicados antes de 2004. Con este método se obtuvieron los siguientes artículos:

- **CUIDENPlus:** Base de datos de investigación en cuidados de salud. Se seleccionaron 4 artículos.
- **Dialnet:** Se seleccionaron 3 artículos.
- **Google académico:** Se seleccionaron 16 artículos.
- **PubMed – Medline:** Se seleccionaron 5 artículos.
- **Scopus:** Se seleccionaron 16 artículos.

En esta selección inicial se revisaron 44 artículos. Una vez realizada esta fase, se realizó una lectura crítica de cada uno de los artículos elegidos para seleccionar únicamente aquellos en los que se ajustaba el contenido con el tema a tratar. Además, se excluyeron los textos publicados antes de 2008 para conseguir los datos más actuales. Con esta estrategia, se seleccionaron los textos definitivos:

- **CUIDENPlus:** Base de datos de investigación en cuidados de salud. Se seleccionaron 3 artículos.
- **Dialnet:** Se seleccionó 1 artículo.
- **Google académico:** Se seleccionaron 8 artículos.
- **PubMed – Medline:** Se seleccionaron 2 artículos.
- **Scopus:** Se seleccionaron 7 artículos.



**Figura 2.** Diagrama del flujo de selección de información.

Fuente: Elaboración propia.

Con un total de 21 artículos seleccionados, de los cuales 9 están publicados en inglés y 12 en castellano, se recopilaron los datos necesarios para la redacción de la presente monografía, estructurada en tres capítulos de la siguiente forma:

**Capítulo I. Conceptos generales de salud sexual y reproductiva y de infertilidad:** se expone una aproximación al tema de estudio, desarrollando los conceptos de salud sexual y reproductiva y, en concreto, el problema de la infertilidad. Se explica su etiología, clasificación, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y aspectos legales.

**Capítulo II. Consecuencias en la salud de la mujer:** en este capítulo se analizan las consecuencias personales y de pareja, a nivel emocional, social y sexual, que afectan a la mujer tras el diagnóstico de infertilidad, así como el proceso adaptativo al que se someten.

**Capítulo III. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado de la mujer infértil:** en este capítulo se desarrolla un plan de cuidados enfocado al tratamiento de la mujer infértil para que, teniendo en cuenta lo explicado en los capítulos anteriores, se pueda ofrecer una atención de enfermería óptima y mejorar el estado de salud de la mujer con diagnóstico de infertilidad.

## CAPÍTULO I. CONCEPTOS GENERALES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE INFERTILIDAD.

Los problemas de fertilidad afectan a la salud de la mujer en todas sus dimensiones, es decir, afecta a su estado físico, psíquico, social y emocional. Estas alteraciones deben ser entendidas desde una perspectiva de género para su adecuado manejo y tratamiento y teniendo en cuenta los conceptos de salud sexual y reproductiva.

### 1. La Salud Sexual y Reproductiva.

La WAS (World Association for Sexology) define la salud sexual como un “estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”<sup>7</sup>.

La salud reproductiva se define como un “estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña, además, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear y, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”<sup>7</sup>.

La unión de ambos conceptos, es decir, la salud sexual y reproductiva, tuvo su origen en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD), desarrollada en El Cairo en 1994<sup>7</sup>. Su programa de acción incluyó políticas de población cuyos objetivos se basaban en el individuo, en lograr su bienestar y en la mejora de su calidad de vida, dentro del ámbito de los derechos humanos<sup>7</sup>. En concreto, establecía la importancia de la capacidad de decisión de la mujer sobre su salud sexual y reproductiva y su fecundidad, de forma libre y sin coerción, ni violencia ni discriminación<sup>7</sup>.

#### 1.1. Componentes de la salud sexual y reproductiva<sup>7,8</sup>:

- Servicios de información, educación y asesoramiento en salud reproductiva y anticoncepción, así como el acceso a métodos anticonceptivos seguros.
- Educación y servicios de atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal.
- Servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad.
- Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Información y tratamiento para las ETS.
- Información, educación y asesoramiento en salud sexual, maternidad y paternidad responsable.
- Servicios de prevención y atención en la violencia de género.

#### 1.2. Derechos fundamentales en salud sexual y reproductiva<sup>8</sup>:

- Decidir libre y responsablemente el número de hijos y cuándo tenerlos, así como contar con la información y medios para lograrlo.
- Tomar las decisiones sobre la reproducción y la sexualidad con autodeterminación, libres de coerción, violencia o discriminación.
- Derecho al placer físico y emocional, así como a la libre orientación sexual.
- Tener acceso libre a la información sobre sexualidad.

- Tener acceso a servicios sanitarios de calidad.
- Todos estos derechos tienen que ser entendidos desde la igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo.

## 2. La Infertilidad.

### 2.1. ¿Qué es la infertilidad?

En los artículos consultados se utilizan indistintamente los términos esterilidad e infertilidad, predominando incluso las alusiones a este último. Sin embargo, aunque las consecuencias en la salud de la mujer son similares, los términos tienen connotaciones diferentes:

La esterilidad es una enfermedad del aparato reproductivo que se caracteriza por la incapacidad de lograr un embarazo tras doce meses de relaciones sexuales regulares sin emplear métodos anticonceptivos<sup>9</sup>.

En la mujer infértil, en cambio, el embarazo se logra pero es incapaz de llevar a término la gestación. Este concepto engloba procesos complejos como son los abortos de repetición, bien sea por problemas fetales o maternos<sup>6</sup>.

### 2.2. Epidemiología.

Según la SEF, el 85% de las parejas en edad fértil logran un embarazo en el transcurso de doce meses de relaciones sexuales sin métodos contraceptivos. Además, un tercio de estos embarazos se producen en los tres primeros meses de ese periodo<sup>10</sup>.

Según la OMS, una de cada cuatro parejas en países desarrollados, sufren problemas de infertilidad<sup>5</sup>. En España, la infertilidad afecta a un 15% de las parejas en edad reproductiva y unas 800.000 consultan su problema<sup>6</sup>.

Aunque la etiología masculina como factor causal de infertilidad aparece en el 25-30% de los casos, el aumento de la edad de la mujer con deseo reproductivo sigue siendo la principal causa de infertilidad en nuestro país<sup>10</sup>. La fertilidad femenina alcanza su auge entre los 20 y 30 años, edad a partir de la cual comienzan a descender las posibilidades de lograr un embarazo<sup>10</sup>. Este declive de la fertilidad es un hecho fisiológico que muchas veces coincide con el momento en el que una mujer se plantea ser madre<sup>10</sup>.

Además, en los últimos años se está elevando la incidencia de infertilidad, debido a múltiples factores relacionados con el estilo de vida en nuestro país<sup>4</sup>. Algunos de estos factores, como la obesidad, el consumo de tóxicos o las ETS son problemas conductuales que podrían ser abordados desde la educación para la salud de esta población.

### 2.3. Tipos de infertilidad.

**Infertilidad primaria:** concepto utilizado para describir a una mujer que tras doce meses de relaciones sexuales regulares sin métodos contraceptivos, no ha sido capaz de lograr un embarazo<sup>11</sup>.

**Infertilidad secundaria:** cuando una mujer que ha estado embarazada con anterioridad, ahora, presenta dificultades para conseguir un nuevo embarazo<sup>11</sup>.

**Infertilidad no explicada:** se utiliza este término para clasificar los tipos de infertilidad en los que, tras haber realizado los estudios correspondientes y sin que haya alteraciones en el

aparato reproductor de ambos miembros de la pareja, no se ha encontrado un problema ni una causa aparente <sup>11</sup>.

#### 2.4. Etiología.

La etiología de la infertilidad puede ser de origen femenino, masculino o mixta. A continuación se describen las causas más frecuentes de infertilidad femenina:

**Factores tubáricos y peritoneales:** causan el 30-40% de los casos de infertilidad. Los factores tubáricos se refieren a la lesión u obstrucción de las trompas de Falopio, producido frecuentemente por casos de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) <sup>11</sup>. La EPI deja importantes secuelas en el aparato reproductor femenino, lo que se manifiesta en un 12% de casos de infertilidad tras un episodio, un 25% de casos tras dos episodios y casi un 50% tras el tercero <sup>12</sup>. Los factores peritoneales, en cambio, se producen por adherencias peritubáricas y periováricas, que pueden desarrollarse tras un episodio de EPI o de endometriosis <sup>11</sup>.

**Problemas ovulatorios:** referidos principalmente a la ausencia de ovulación (anovulación) y la ovulación infrecuente (oligoovulación) <sup>11</sup>. Estos trastornos aparecen en un 15-25% de los casos de infertilidad. Por ello, es muy importante valorar la regularidad menstrual y asegurarnos de que se produce la ovulación <sup>13</sup>.

**Factores cervicales:** constituyen el grupo de anomalías de la interacción entre el moco cervical femenino y los espermatozoides del hombre. Esta causa de infertilidad es de las menos frecuentes, apareciendo solo en un 5% de los casos <sup>11</sup>.

**Factor uterino:** afecta al 5% de las mujeres infértiles. Se refiere a la formación de adherencias intrauterinas (Síndrome de Asherman) que interfiere en la correcta implantación del embrión y que aparece, en ocasiones, tras cirugías de la cavidad uterina <sup>11,13</sup>.

**Factores psíquicos y emocionales:** en este grupo se incluye el estilo de vida de la mujer, ya que un nivel de vida estresante o una mala alimentación pueden influir en el equilibrio hormonal de la mujer <sup>14</sup>. Además, los síntomas de estrés, ansiedad, baja autoestima o depresión, influyen negativamente en la fertilidad, pues en algunos casos en los que la mujer supera esta sintomatología, se llega a producir un embarazo <sup>14</sup>.

#### 2.5. Factores de riesgo.

**Edad:** actualmente las mujeres retrasan la edad en la que se plantean ser madres, y esto origina, en ocasiones, problemas de fertilidad. Se produce un descenso fisiológico de la función reproductiva que se inicia a partir de los 30 años, siendo este punto mucho más acusado desde los 35 y aún mayor a partir de los 37 años <sup>2,10</sup>. Entre las alteraciones fisiológicas que tienen lugar, se encuentra, una disminución de la capacidad oocitaria (relacionada con la cantidad de oocitos restantes en los ovarios), el aumento de alteraciones cromosómicas y, de forma más leve, la disminución de la vascularización uterina <sup>15</sup>.

**Obesidad o delgadez extrema:** ambas alteran los ciclos ovulatorios de la mujer por un funcionamiento irregular de los ovarios, llegando incluso a tener periodos de amenorrea, sangrados irregulares o menorragias <sup>11</sup>. La obesidad también predispone la aparición de problemas ginecológicos como la formación de ovarios poliquísticos que dificultan la posibilidad de embarazo <sup>11</sup>.

**Exposición a tóxicos:** las radiaciones ionizantes, algunos fármacos (ácido 1,3-cis-retinóico), ciertos productos químicos, la exposición al plomo, las drogas, el tabaco, el alcohol y algunos virus pueden causar infertilidad en la mujer (Anexo I) <sup>13</sup>.

**Enfermedades crónicas:** como la diabetes o los problemas de tiroides, originan alteraciones endocrinológicas que influyen en la fertilidad <sup>11</sup>. Esto se debe a que ambas enfermedades pueden alterar el ciclo menstrual y ovulatorio de la mujer <sup>11</sup>. Además, el hipotiroidismo, en concreto, interfiere en la secreción normal de gonadotropinas lo que altera la secreción de las hormonas foliculoestimulante y luteinizante <sup>16</sup>.

**Endometriosis:** determinados factores biológicos explican la disminución de la fecundidad en una mujer con endometriosis, aunque no se ha demostrado una relación causal <sup>17</sup>. Algunos de estos factores son la propia anatomía de la pelvis que, al encontrarse alterada, dificulta la salida del óvulo y su paso por las trompas de Falopio, y las anomalías ovulatorias y endocrinas que se producen <sup>17</sup>.

**Abortos repetidos:** el riesgo de padecer infertilidad aumenta con cada aborto espontáneo que se produce, de modo que, tras producirse un aborto el riesgo es del 16%, tras producirse dos del 25%, tras producirse tres del 30 al 45% y tras haberse producido cuatro abortos previos, el riesgo de infertilidad aumenta al 50% <sup>11</sup>.

**ETS:** el comienzo precoz de las relaciones sexuales, que en la actualidad ronda los 15 años, implica que muchas de estas adolescentes tengan varias parejas sexuales a lo largo de su vida reproductiva <sup>12</sup>. Este hecho, además, se relaciona con el aumento de la probabilidad de padecer una ETS la cual desencadena, en ocasiones, una EPI y deja importantes secuelas en el aparato reproductor femenino <sup>12</sup>.

## 2.6. Pruebas diagnósticas.

Las pruebas diagnósticas empleadas en la infertilidad han ido evolucionando con el fin de obtener unos resultados más precisos orientados hacia los factores causales del problema <sup>10</sup>. Además, es importante seleccionar el tipo de prueba necesaria en función de la eficacia, rapidez y relación coste/efectividad de la misma, teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente (edad, tiempo de infertilidad, estudios previos, expectativas de la mujer, etc) <sup>10</sup>.

El primer paso para la obtención del diagnóstico es realizar una buena anamnesis en la que se incluyan antecedentes familiares, personales y reproductivos de ambos miembros de la pareja <sup>10</sup>. La regularidad de su ciclo menstrual, en concreto, nos puede proporcionar información acerca de su patrón ovulatorio <sup>10</sup>. Han de explorarse también las conductas sexuales de la pareja, es decir, la regularidad de las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos utilizados en etapas anteriores <sup>11</sup>.

También es importante recoger información sobre los síntomas que puedan denotar alteraciones reproductivas, como disfunciones sexuales o alteraciones hormonales, y sobre diagnósticos y tratamientos previos <sup>10</sup>. La anamnesis debe complementarse con una exploración física general y genital de la mujer <sup>10</sup>.

El siguiente paso es la realización de la prueba diagnóstica más adecuada para cada paciente. Podemos considerar tres grupos de pruebas <sup>10</sup>:

**Análisis de la calidad seminal:** Determina si el problema de fertilidad es de origen masculino. La prueba más común es el seminograma, donde se obtienen resultados en cuanto a la cantidad, concentración, morfología y movilidad de los espermatozoides.

**Pruebas de normalidad anatómica y funcional del útero y las trompas de Falopio:** La ecografía transvaginal permite obtener una imagen detallada de la morfología del útero y las trompas de Falopio. De esta forma, se pueden detectar diversas alteraciones como miomas,

tumores y/o algunos trastornos tubáricos como los hidrosálpinx. La histerosalpingografía es una prueba radiológica que precisa de la administración de un contraste a través del cuello uterino. Su finalidad es obtener información sobre la estructura de la cavidad uterina y sobre el trayecto, permeabilidad y movilidad de las trompas de Falopio.

**Pruebas para establecer la calidad ovulatoria:** Es importante conocer la historia menstrual, pues la presencia de ciclos regulares es un indicio de función ovulatoria normal. Para una exploración más completa, se utiliza la ecografía en diferentes fases del ciclo menstrual. De esta forma, se pueden hallar modificaciones en la morfología del ovario y los cambios que los efectos hormonales producen en el endometrio.

Las determinaciones hormonales también permiten establecer la calidad de la ovulación. Principalmente, se estudian los niveles de hormona folículo estimulante (FSH) y estradiol en los tres primeros días del ciclo para determinar la reserva ovárica y los niveles de la hormona luteinizante (LH) para detectar estados anovulatorios.

## 2.7. Tratamiento de la infertilidad.

El tratamiento de la infertilidad se establece de manera individualizada teniendo en cuenta las características de la pareja, el tipo de infertilidad y los factores causales de la misma. Así, existen tres grandes grupos de tratamiento <sup>18</sup>:

**Inseminación artificial (IA):** “es la técnica mediante la cual se deposita el semen capacitado dentro del útero”. Para la correcta realización del tratamiento, es preciso que la mujer tenga una permeabilidad adecuada en las trompas de Falopio. Además, unos días antes debe ser estimulada con gonadotropinas para la obtención de uno o dos folículos de un tamaño apropiado.

**Fecundación in vitro (FIV):** esta técnica de reproducción asistida tiene lugar en el laboratorio, donde se produce la unión de los gametos. Los embriones resultantes son transferidos al útero de la madre para lograr la gestación. Previamente a la obtención de los gametos, la mujer suele someterse a un tratamiento de estimulación ovárica para optimizar los resultados.

**Donación de ovocitos:** “técnica de reproducción asistida en la cual los ovocitos proceden de una mujer distinta a la que va a resultar gestante”. Esta técnica es la que actualmente ofrece mejores resultados.

### 2.7.1. Consideraciones legales.

Los tratamientos de infertilidad deben considerarse en términos legales para evitar el mal uso de los mismos. La ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, establece las normas sobre la aplicación de las técnicas, donación y filiación del hijo nacido <sup>19</sup>:

Esta Ley, dispone en su art. 3.2 que “en el caso de la fecundación in vitro y técnicas afines, sólo se autoriza la transferencia de un máximo de tres preembriones en cada mujer en cada ciclo reproductivo” y entiende por preembrión al “grupo de células resultantes de la división del ovocito, desde que es fecundado hasta 14 días más tarde”.

Además, establece en su art. 5.7 que “el número máximo autorizado de hijos nacidos en España que hubieran sido generados con gametos de un mismo donante no deberá ser superior a seis”. Haciendo referencia a la donación, la presente Ley determina en su art. 5.1 que “la donación de gametos y preembriones se realiza de forma gratuita, formal y

confidencial.” Siguiendo en esta línea, el art. 6.4 dispone que “la elección del donante de semen sólo podrá realizarse por el equipo médico que aplica la técnica, que deberá preservar las condiciones de anonimato de la donación. En ningún caso podrá seleccionarse personalmente el donante a petición de la receptora. En todo caso, el equipo médico correspondiente deberá procurar garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible de las muestras disponibles con la mujer receptora”.

En cuanto a la filiación del hijo nacido, el art. 8.1 aclara que “ni la mujer progenitora ni el marido, cuando hayan prestado su consentimiento formal, previo y expreso a determinada fecundación con contribución de donante o donantes, podrán impugnar la filiación matrimonial del hijo nacido como consecuencia de tal fecundación”. Esto significa que los padres en términos legales son la mujer receptora de la donación, y por tanto quien da a luz al hijo, y el marido de esta.

Algunas parejas en su deseo frustrado de ser padres, acuden a otros países en busca de lo coloquialmente conocido como un vientre de alquiler. Este término hace referencia a la gestación por sustitución, en la que una mujer acepta someterse a técnicas de reproducción asistida para gestar a un niño que entregará a los contratantes cuando haya nacido. En España, este método no es legal y así lo recoge el art. 10.1 de la Ley 14/2006 que dice que “será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero” y hace hincapié en su art.10.2 en que “la filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto”.

## CAPÍTULO II. CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA MUJER.

Los problemas de fertilidad influyen negativamente en la salud de la mujer y afectan tanto a su dimensión física, como psicológica y social. La infertilidad no debe tratarse únicamente desde una perspectiva biomédica, sino que deben abordarse las consecuencias emocionales derivadas de la frustración por no poder ser madre. Los sentimientos negativos resultantes, son fruto de las creencias y normas socioculturales establecidas por cada sociedad.

En la sociedad occidental, la definición de mujer está íntimamente relacionada con los conceptos de esposa y madre. Se trata de una construcción cultural a partir de la cual cada mujer define sus ideales de feminidad<sup>3,20,21</sup>. Para muchas mujeres, su conformación estaba definida por el matrimonio, el hogar, la familia y los hijos, aunque, en el último siglo, los ideales de feminidad han sufrido una gran transformación, de manera que la juventud, la belleza, la fertilidad y el amor son, también, valores fundamentales<sup>3,20,21</sup>. El resultado final es la identificación de la mujer con la maternidad y todo lo que ello implica. La maternidad no solo abarca el proceso fisiológico de dar a luz, si no que lleva implícitas connotaciones emocionales importantes<sup>3,20,21</sup>. Se trata de un cambio de vida a partir del nacimiento de un nuevo miembro de la familia, en el que su cuidado y educación, así como los sentimientos de amor que se desarrollan, son experiencias que las mujeres sienten como propias de la maternidad<sup>3,20,21</sup>.

Sin embargo, la realidad biológica de la maternidad no origina un vínculo ni unidad universal e inmutable entre la madre y el hijo<sup>20</sup>. Un ejemplo de ello son las nannies de la clase alta británica del siglo XVIII o las nodrizas de antes del XVII<sup>20</sup>. Las madres británicas no eran consideradas malas madres por encomendar el cuidado de sus hijos a una nanny, pues en ese momento las clases pudientes delegaban el cuidado de los hijos a mujeres de clases inferiores<sup>20</sup>. No se trataba de que las madres recibieran ayuda de una tercera persona (algo observado con frecuencia en muchas sociedades) sino que la nanny formaba parte del vínculo madre-hijo hasta tal punto que los conceptos de mujer y madre adoptaban connotaciones culturales diferentes<sup>20</sup>.

En nuestra sociedad, los problemas de fertilidad tienen importantes consecuencias en la salud de la mujer. Estas consecuencias surgen cuando la mujer no puede identificarse con el binomio mujer-madre que tiene integrado. Por lo tanto, su esfera personal, social y la compartida con su pareja se verán afectadas por sentimientos negativos hacia ella misma y hacia su entorno más próximo.

### **1. Consecuencias individuales.**

Muchas mujeres consideran la maternidad como la cúspide de la realización femenina. Dependiendo de las creencias que cada mujer tenga acerca de su rol femenino y de la maternidad, el diagnóstico de infertilidad puede originarles alteraciones emocionales.

Las alteraciones que padecen difieren dependiendo de si la mujer califica la infertilidad como una enfermedad o como un problema. Las enfermedades, en general, se manifiestan con síntomas que producen dolor, alteraciones y sufrimiento en el área corporal<sup>22</sup>. En cambio, cuando se habla de infertilidad este sufrimiento abarca el área de los sentimientos (*“lo psicológico es lo que más nos tiene fastidiados”*), de la autoestima (*“no somos normales”*), y del área social de su entorno más cercano (*“la presión provoca ansiedad”*)<sup>22</sup>. Este sentimiento de autoidentificación con la infertilidad, hace que aparezca un sentimiento de sufrimiento que va más allá de los problemas físicos<sup>22</sup>.

Varios estudios demuestran que el sufrimiento psicológico está presente en más del 50% de las mujeres infértiles, existiendo rangos desde el 50% al 96% de los casos<sup>23-25</sup>. Las alteraciones más frecuentes que sufren las mujeres son la depresión y la ansiedad<sup>23-25</sup>. Esta última es menor cuando existe una localización corporal del problema, por ejemplo una obstrucción de las trompas de Falopio<sup>22</sup>. En cambio, cuando las causas de infertilidad no están claras, y no se detecta una alteración física que lo explique, la angustia que sienten es mayor<sup>22</sup>.

Según algunos testimonios, el primer sentimiento que experimentan es la angustia por la noticia recibida y la pregunta “¿por qué a mí?” se apodera de sus pensamientos<sup>14</sup>. Posteriormente experimentan negación del problema y sentimientos de enfado con su propio cuerpo por no poder concebir el hijo que tanto desean<sup>14</sup>. En este momento pueden ver distorsionada su imagen corporal y experimentar sentimientos de culpa e inferioridad, cambios de humor e irritabilidad<sup>14</sup>.

Cuando se someten a técnicas de reproducción asistida, muchas de ellas depositan en el tratamiento todas sus esperanzas de ser madres<sup>14</sup>. Sin embargo, estos tratamientos no siempre son eficaces y, si lo son, es probable que no suceda en el primer intento<sup>14</sup>. Por este motivo, pueden referir baja autoestima o desesperanza y padecer síntomas ansiosos o depresivos<sup>4,14</sup>. Estos síntomas se manifiestan en forma de: llanto fácil, tendencia a la soledad, tristeza y cambios en el patrón nutricional y del sueño (ambos por exceso o por defecto)<sup>4,14</sup>. Además, es la mujer la que se somete a la mayoría de los tratamientos, sea la infertilidad de etiología femenina o no, por lo que está expuesta a niveles de ansiedad y estrés mayores que el hombre<sup>14</sup>.

*“Yo tampoco comprendo cómo unas veces reacciono bien al tratamiento y otras no. El médico me decía: pero, ¿qué es lo que te pinchan, agua?, no te hace ningún efecto. A veces pienso, ¿habrá sido porque no dije que me pasaba esto o aquello? No te atreves a pensarlo porque si no es como que estuvieras como una chota. Pienso que porque estaba de mal humor, o porque estábamos nosotros tirantes, que por eso hacía menos efecto...”<sup>22</sup>.*

## **2. Consecuencias sociales.**

Las mujeres que tienen muy integrada la construcción sociocultural del rol femenino, sufren cuando no pueden ser madres: “la maternidad la llevas innata, impuesta. Yo desde pequeña jugaba a ser mamá, a cuidar a las muñecas” [...] “cuando era una niña me metía cojines debajo de la camiseta para parecer mamá”<sup>22</sup>. El medio sociocultural en el que se crece influye en las aspiraciones de cada persona, y la maternidad es uno de los objetivos de muchas mujeres de este país<sup>21</sup>.

En la mujer infértil no sólo aparecen sentimientos negativos por su vivencia personal del problema, sino que, en ocasiones, la influencia social hace que se desarrollen episodios de estrés o ansiedad<sup>22</sup>. La presión social percibida sobre la estigmatización que provoca la infertilidad en la pareja, les produce más ansiedad y sufrimiento que la percepción de la infertilidad en sí<sup>22</sup>. El estigma social, parece ser uno de los aspectos más dolorosos de su problema<sup>22</sup>:

*“Lo más normal es tener hijos, te presionan. Eso nos afecta más que el saber que una trompa está mal. No es el rechazo de los otros, pero sí la presión. Esa presión provoca ansiedad”.*

En ocasiones, es la propia familia la que pregunta y anima al nacimiento de un hijo cuando la pareja está pasando por este complejo problema y ellos lo desconocen<sup>14,26</sup>. Frases y

comentarios populares como hacer referencia al “reloj biológico” o a “pasarse el arroz” pueden influir negativamente en el bienestar de la mujer y fomentar su tendencia a la soledad<sup>22</sup>. También pueden sentirse incómodas cuando sus amigos o familiares de su edad comienzan a tener hijos y a hacer su vida en torno a ellos, lo que les recuerda una vez más su dificultad para ser madres<sup>14,26</sup>.

La evitación de conductas, como relacionarse con algunos seres queridos, tiene como fundamento evitar un mayor sufrimiento. Siguiendo en esta línea, la mujer también evita frecuentar sitios que le recuerden su incapacidad para ser madre, como parques, colegios o guarderías<sup>21</sup>. Muchas evitan, además, compartir su problema y sentimientos con sus seres queridos<sup>21</sup>. Sin embargo, según algunos estudios, la falta de apoyo social o de comprensión se relaciona directamente con el aumento del sufrimiento psicológico de la mujer infértil<sup>21</sup>.

### **3. Consecuencias en la relación de pareja.**

La sexualidad es una parte integral del ser humano y mantener una buena salud sexual es un elemento fundamental en la consecución del bienestar y la calidad de vida. La sexualidad no debe entenderse únicamente como mantener relaciones coitales, sino que abarca todos los aspectos relacionados con los sentimientos hacia otra persona, las ideas, la identidad, el amor, el erotismo, la intimidad, la espiritualidad y la procreación<sup>27</sup>.

La imagen que las parejas tienen de sí mismas se ve alterada cuando no pueden desarrollar su feminidad o masculinidad, expresado en términos de procreación<sup>27</sup>. Además, algunos estudios sugieren que el estrés relacionado con la infertilidad disminuye más la autoestima en mujeres que en hombres<sup>27</sup>.

Según un estudio de 2011, en el que se estudiaba la sexualidad en parejas infértiles, se halló que a mayor tiempo de infertilidad y a mayor edad la satisfacción sexual era menor<sup>28</sup>. El varón tiene menos confianza en lograr o mantener la erección y, por lo tanto, disminuye la frecuencia de relaciones sexuales con penetración<sup>28</sup>. Este problema se debe a la presión psicológica a la que se expone la pareja, pues se marcan como objetivo la reproducción, dando menos importancia a la primera fase de deseo sexual. A pesar de este hecho, el 51,4% de las mujeres afirmó estar satisfecha con su vida sexual, frente al 25,4% de los hombres<sup>28</sup>.

La disminución de la satisfacción sexual está relacionada con las relaciones sexuales programadas, es decir, las que se producen en el momento óptimo del ciclo ovulatorio de la mujer con la finalidad de lograr un embarazo<sup>27</sup>.

Otro estudio de 2011 determinó las disfunciones sexuales más frecuentes en la pareja infértil<sup>27</sup>. En el hombre puede aparecer eyaculación precoz o disfunción eréctil y en la mujer alteraciones en la excitación y el deseo sexual, anorgasmia o dispareunia<sup>27</sup>. Estas alteraciones, en la mujer, pueden producirse porque tienden a dejar la sexualidad en un segundo plano, priorizando su deseo de lograr un embarazo, por lo que se olvidan del goce en la relación sexual y les impide alcanzar el orgasmo<sup>27</sup>. Además, a mayor tiempo de pareja y más tiempo buscando el embarazo, disminuye la excitación sexual y, por lo tanto, la lubricación, lo que ocasiona dispareunia en un 36% de los casos<sup>28</sup>.

Aparte de los problemas sexuales derivados de la infertilidad, en la pareja puede surgir una crisis psíquica o emocional<sup>3</sup>. Ambos están sometidos a situaciones de mucho estrés y es probable que los cónyuges se culpabilicen entre ellos<sup>3</sup>. Además, según algunos testimonios, en ocasiones se llegan a plantear el futuro de la pareja sin un hijo<sup>22</sup>:

*“La verdad es que a veces pienso, ¿será que tú conmigo y yo contigo no puede ser?”  
[...] “Los dos solos... Le falta algo a este matrimonio”.*

Es necesario recordarles a las parejas la importancia de la intimidad física y emocional, pues muchas veces se centran en las relaciones sexuales coitales como único medio para vivir su sexualidad. Además es importante incidir en el apoyo, confianza y cariño que uno al otro pueden ofrecerse para sobrellevar su dificultad <sup>28</sup>.

Áreas afectadas	Consecuencias descritas
<b>Personal</b>	Depresión Ansiedad Estrés Desesperanza Insomnio/ Somnolencia Baja autoestima Alteración de la imagen corporal Sentimientos de culpa Sentimientos de inferioridad Cambios de humor e irritabilidad Llanto fácil Tristeza Cambios en el patrón nutricional
<b>Social</b>	Aislamiento social Introversión
<b>En la relación de pareja</b>	Baja autoestima Culpabilizar al cónyuge Problemas de comunicación Disminución de la satisfacción sexual En el hombre: - Eyaculación precoz - Disfunción eréctil En la mujer: - Disminución de la excitación y el deseo sexual - Anorgasmia - Dispareunia

**Figura 3: Consecuencias descritas en mujeres infértiles según su área de afectación.**

Fuente: Elaboración propia.

#### **4. Diferencias en la afectación de la infertilidad.**

Según un estudio de 2012, existen numerosos factores que pueden repercutir en las afectaciones psicológicas y emocionales de la mujer infértil <sup>29</sup>. Este estudio revela que las mujeres experimentan sentimientos psicosociales negativos aunque la infertilidad sea de origen masculino <sup>29</sup>. En el caso de que la infertilidad sea de origen femenino, las mujeres sufren más cuando se autoidentifican con la infertilidad <sup>29</sup>. Esta autoidentificación puede establecerse cuando la mujer se somete a un tratamiento de fertilidad, pues es su cuerpo el que recibe exploraciones más invasivas, fármacos y técnicas de reproducción asistida en algunos casos <sup>29</sup>.

Por otro lado, las mujeres con infertilidad secundaria desarrollan menos problemas que las mujeres con infertilidad primaria <sup>29</sup>. Puede que estas mujeres se identifiquen menos con la infertilidad debido a que ya han dado a luz a un hijo <sup>29</sup>. También, las mujeres que son diagnosticadas de infertilidad en un proceso activo de búsqueda de un hijo, sufren más que las mujeres que no lo buscaban activamente debido a las consecuencias reproductivas que ello supone <sup>29</sup>.

En cuanto a las características demográficas, las mujeres con edades más avanzadas se autoidentifican y, por lo tanto, sufren más que las mujeres jóvenes diagnosticadas de

infertilidad<sup>29</sup>. En mujeres a partir de los 35 años, además, la presión personal y social por ser madre se acentúa por lo que las consecuencias emocionales son mayores<sup>29</sup>.

El nivel socioeconómico de la pareja también influye en las repercusiones psicológicas de la infertilidad<sup>29</sup>. Así, una mujer con un nivel socioeconómico alto podrá tener un mayor acceso a tratamientos de fertilidad<sup>29</sup>. Sin embargo, la reacción ante el diagnóstico de infertilidad no es la misma para una pareja de nivel socioeconómico medio-bajo, que verá más limitadas sus opciones para tener un hijo biológico<sup>29</sup>. Este hecho hace que las parejas con menos recursos se autoidentifiquen más con la infertilidad, tengan una gravedad percibida mayor y, por lo tanto, más sufrimiento<sup>29</sup>.

##### **5. Proceso adaptativo tras el diagnóstico de infertilidad.**

Las mujeres con problemas de fertilidad se someten a un complejo proceso adaptativo para el afrontamiento de su problema<sup>26,30</sup>. En primer lugar, la pareja suspende su método anticonceptivo habitual cuando se plantea tener un hijo<sup>26,30</sup>. Muchos piensan que una vez suspendida la medida contraceptiva, el proceso será rápido y fácil<sup>26,30</sup>. Sin embargo, algunas parejas se encuentran con el hecho de que, tras intentarlo durante varios meses, no consiguen un embarazo<sup>26,30</sup>. La pareja al encontrarse en esta situación consulta su problema, acuden al especialista y comienzan a realizarles todas las pruebas necesarias para el diagnóstico<sup>26,30</sup>. En esta etapa, en la que se enfrentan a un proceso desconocido, la pareja suele manifestar miedo ante el diagnóstico y sus consecuencias<sup>26,30</sup>.

Una vez se ha realizado el diagnóstico, la mujer pasa por una fase de negación e incredulidad del problema<sup>26,30</sup>. Posteriormente florecen los sentimientos de culpa, tristeza y angustia ante la situación<sup>26,30</sup>. La mujer tiene que aceptar un diagnóstico que va a dificultar su capacidad para tener un hijo biológico<sup>26,30</sup>. En esta fase es muy importante el apoyo social que tenga la mujer, pues si carece de él puede desarrollar episodios depresivos<sup>21</sup>.

Cuando la pareja decide someterse a técnicas de reproducción humana asistida, depositan en el proceso todas sus esperanzas<sup>26,30</sup>. En esta fase es importante la información precisa de todo el proceso, pues la mujer se expone a exploraciones, pruebas invasivas y tratamiento farmacológico que puede ocasionar episodios estresantes<sup>26,30</sup>. Se debe concienciar a la mujer de la posibilidad de no lograr un embarazo, pues ocurre en muchas ocasiones y puede experimentar emociones negativas importantes<sup>26,30</sup>.

La última fase del proceso sería la consecución o no del embarazo. En el caso de no conseguir la gestación, es muy importante el trabajo que se haya realizado con la mujer en las fases anteriores<sup>26,30</sup>. Las estrategias de superación y afrontamiento son necesarias para evitar consecuencias negativas en la salud de la mujer<sup>26,30</sup>. Además, en el caso de volver a someterse al tratamiento, es importante evitar situaciones estresantes pues muchas veces son estas mismas circunstancias las que impiden lograr el embarazo<sup>26,30</sup>.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER INFÉRIL.

### 1. El proceso de atención de enfermería (PAE).

El PAE es “un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”<sup>31</sup>.

Es *sistemático* y consta de cinco fases en las que se trata de lograr la máxima eficiencia<sup>31</sup>:

- **Valoración.** Es la primera fase en la que se obtiene y examina toda la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo de enfermedad, y sobre los recursos disponibles del paciente.
- **Diagnóstico.** En esta fase se analizan los datos obtenidos en la valoración para identificar problemas reales o potenciales que forman la base del plan de cuidados.
- **Planificación.** En esta fase se determinan las prioridades inmediatas para solucionar un problema, aquellas en las que debe centrar su atención la enfermera, las que pueden derivarse y las que necesitan un abordaje multidisciplinar. Tras la priorización, se establecen los resultados u objetivos esperados y las intervenciones que van a permitir lograr estos objetivos. Todo esto se refleja en el plan de cuidados.
- **Ejecución.** Es la puesta en práctica del plan de cuidados. Se realizan las intervenciones planificadas observando y reflexionando sobre la respuesta del paciente.
- **Evaluación.** Es la última fase del PAE en la que se valora si el plan de cuidados ha sido efectivo para la resolución del problema, es decir, si se han cumplidos los objetivos iniciales. Esta fase sirve, además, para valorar la necesidad de introducir cambios en el plan de cuidados.

El PAE también es *humanista* porque mientras planificamos y ejecutamos los cuidados, tenemos en cuenta los ideales, creencias y preferencias de los pacientes. El uso del PAE complementa el trabajo de otros profesionales sanitarios centrándose en la respuesta humana, es decir, cómo responde la persona ante un diagnóstico, un tratamiento y cómo afectan estos cambios a su vida diaria.

Es importante aplicar el PAE a la práctica asistencial ya que es un instrumento que permite la unificación e individualización de los cuidados, facilita el diagnóstico y el tratamiento de problemas de salud reales y potenciales, mejora la comunicación entre profesionales y previene errores, omisiones y repeticiones innecesarias. Además, permite la evaluación continua de las intervenciones, lo que garantiza la mejora y la eficiencia de los cuidados.

### 2. Justificación del plan de cuidados.

Carpenito, justifica la importancia de la aplicación de los planes de cuidados en tres ámbitos<sup>(32)</sup>.

- **Clínicamente**, ofrecen una forma de planificar e informar de los cuidados necesarios para el paciente.
- **Legalmente**, ofrecen un marco para establecer los estándares de cuidados en una situación dada.

- **Financieramente**, pueden ofrecer una forma de validar la idoneidad de los cuidados proporcionados y de justificar necesidades de personal y cobro por la atención al paciente.

En el caso de las mujeres infértiles, es necesaria la elaboración de un plan de cuidados que nos permita unificar las intervenciones y lograr una atención óptima para mejorar su estado de salud. Varios estudios han demostrado que, tras las intervenciones de enfermería, la mujer consigue mejorar las repercusiones negativas que la infertilidad tiene sobre su salud<sup>30,33</sup>.

### 3. Plan de cuidados<sup>34</sup>:

#### **Diagnóstico de Enfermería: Conocimientos deficientes (00126).**

*Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.*

Para la correcta formulación de este diagnóstico se debe especificar sobre qué necesita información, por ejemplo: “Conocimientos deficientes: pruebas diagnósticas”.

#### Factores relacionados:

- Falta de exposición.
- Mala interpretación de la información.
- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

#### Características definitorias:

- Informa del problema.
- Seguimiento inexacto de las instrucciones.

#### Criterios de resultados:

#### **NOC 1: Conocimientos: Fomento de la fertilidad (1816).**

Indicadores/Escala	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
(181601) Efecto de la edad.	1	2	3	4	5
(181602) Efectos de la frecuencia coital.	1	2	3	4	5
(181603) Efecto de la nutrición.	1	2	3	4	5
(181604) Efectos adversos para la salud.	1	2	3	4	5
(181609) Efecto de la cirugía pélvica.	1	2	3	4	5
(181610) Efecto de infecciones pélvica.	1	2	3	4	5

#### **NOC 2: Conocimientos: Procedimientos terapéuticos (1814)**

Indicadores/Escala	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
(181401) Procedimiento terapéutico.	1	2	3	4	5
(181402) Propósito del procedimiento.	1	2	3	4	5
(181405) Precauciones de la actividad.	1	2	3	4	5
(181410) Posibles efectos indeseables.	1	2	3	4	5

**Intervenciones de Enfermería:****NIC 1: Planificación familiar: Infertilidad (6786).****Actividades:**

- Explicar el ciclo reproductor a la paciente, si es preciso.
- Ayudar a la paciente a determinar la ovulación mediante la temperatura basal, los cambios de secreción vaginal y otros indicadores fisiológicos.
- Preparar física y psicológicamente a la paciente para la exploración ginecológica.
- Explicar el propósito del procedimiento y las sensaciones que puede experimentar la paciente durante el mismo.
- Determinar el grado de comprensión por parte de la paciente de los resultados de las pruebas y de la terapia recomendada.
- Apoyar a la paciente durante la realización de la anamnesis y exploración de la infertilidad, reconociendo el estrés experimentado a menudo en la obtención de una anamnesis detallada y durante el largo proceso de evaluación y tratamiento.
- Ayudar en la expresión de sentimientos de duelo, decepción y fracaso.
- Estimular la expresión de sentimientos sobre la sexualidad, la autoimagen y la autoestima.
- Ayudar a las personas a redefinir los conceptos de éxito y fracaso, si es necesario.
- Remitir a la paciente a grupos de apoyo de parejas estériles, según corresponda.
- Colaborar en la resolución de problemas que ayuden a la pareja a valorar alternativas a la paternidad biológica.
- Averiguar el efecto de la infertilidad en la relación de la pareja.

**NIC 2: Enseñanza: Procedimiento terapéutico (5618).****Actividades:**

- Informar a la paciente/allegados acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, según corresponda.
- Reforzar la confianza de la paciente en el personal involucrado, si es el caso.
- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- Describir las actividades previas al procedimiento/tratamiento.
- Explicar el procedimiento/tratamiento.
- Obtener/ser testigo del consentimiento informado de la paciente del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro, según corresponda.
- Enseñar a la paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, según corresponda.
- Describir las valoraciones/actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas.
- Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento por parte de la paciente.
- Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.

**Diagnóstico de Enfermería: Baja autoestima situacional (00120).**

*Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.*

Factores relacionados:

- Alteración de la imagen corporal.
- Cambio en el rol social.
- Conducta inconsistente con los valores.
- Falta de reconocimiento.
- fracasos.

Características definitorias:

- Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones.
- Expresa impotencia.
- Expresa inutilidad.
- Expresa que la situación actual desafía su valía personal.

Criterios de resultados:

**NOC 1: Autoestima (1205).**

Indicadores/Escala	Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
(120501) Verbalizaciones de autoaceptación.	1	2	3	4	5
(120505) Descripción del yo.	1	2	3	4	5
(120508) Cumplimiento de los roles significativos personales.	1	2	3	4	5
(120511) Nivel de confianza.	1	2	3	4	5
(120519) Sentimientos sobre su propia persona.	1	2	3	4	5

Intervenciones de Enfermería:

**NIC 1: Potenciación de la autoestima (5400)**

Actividades:

- Observar las afirmaciones de la paciente sobre su autovalía.
- Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Mostrar confianza en la capacidad de la paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar a la paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí misma.
- Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí misma.
- Realizar afirmaciones positivas sobre la paciente.
- Ayudar a la paciente a encontrar la autoaceptación.

**NIC 2: Control del estado de ánimo (5330).**Actividades:

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente.
- Relacionarse con la paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.
- Ayudar a la paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar diario).
- Ayudar a la paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.
- Ayudar en la identificación de recursos disponibles y puntos fuertes o capacidades personales que puedan utilizarse en la modificación de los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.
- Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.
- Animar a la paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.

**NIC 3: Apoyo emocional (5270).**Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con la paciente.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.
- Facilitar la identificación por parte de la paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para la paciente.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.

**Diagnóstico de Enfermería: Patrón sexual ineficaz (00065).**

*Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.*

Factores relacionados:

- Déficit de habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico.
- Deterioro de la relación con la persona significativa.
- Modelo del rol ineficaz.

Características definitorias:

- Alteración en la relación con la persona significativa.
- Expresa cambios en la actividad sexual.

- Expresa cambios en las conductas sexuales.
- Expresa dificultades en las actividades sexuales.

### **Criterios de resultados:**

#### **NOC 1: Identidad sexual (1207).**

Indicadores/Escala	Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
(120709) Refiere relaciones íntimas saludables.	1	2	3	4	5
(120710) Refiere funcionamiento sexual saludable.	1	2	3	4	5

### **Intervenciones de Enfermería:**

#### **NIC 1: Asesoramiento sexual (5248)**

##### **Actividades:**

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.
- Presentar las preguntas acerca de la sexualidad con una frase que indique al paciente que muchas personas experimentan dificultades sexuales.
- Comentar el efecto de la salud y la enfermedad sobre la sexualidad.
- Determinar el nivel de conocimiento y comprensión del paciente sobre la sexualidad en general.
- Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y hacer preguntas.
- Discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente, según corresponda.
- Incluir a la pareja o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso.
- Dar seguridad de que las prácticas sexuales actuales o nuevas son saludables, según corresponda.

#### **Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad (00146).**

*Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.*

##### **Factores relacionados:**

- Amenaza para el autoconcepto.
- Cambio en el estado de salud.
- Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales.
- Estrés.

- Necesidades no satisfechas.

Características definitorias:

- Preocupación.
- Inquietud.
- Insomnio.
- Trastornos del sueño.
- Nerviosismo.
- Angustia.
- Impotencia creciente dolorosa.
- Irritabilidad.

Criterios de resultados:

**NOC 1: Autocontrol de la ansiedad (1402).**

Indicadores:

Indicadores/Escala	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
(140205) Planea estrategias para superar situaciones estresantes.	1	2	3	4	5
(140207) Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	1	2	3	4	5
(140208) Refiere disminución de la duración de episodios.	1	2	3	4	5
(140210) Mantiene el desempeño del rol.	1	2	3	4	5
(140211) Conserva las relaciones sociales.	1	2	3	4	5
(140217) Controla la respuesta de ansiedad.	1	2	3	4	5

**NOC 2: Sueño (0004).**

Indicadores/Escala	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
(401) Horas de sueño.	1	2	3	4	5
(404) Calidad del sueño.	1	2	3	4	5
(407) Hábito de sueño.	1	2	3	4	5

**Intervenciones de Enfermería:****NIC 1: Terapia de relajación (6040)****Actividades:**

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios).
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Invitar a la paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con la paciente.
- Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

**NIC 2: Mejorar el sueño (1850).****Actividades:**

- Determinar el patrón de sueño/vigilia de la paciente.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante las situaciones de estrés psicosocial.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.
- Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.

## **Complicaciones potenciales.**

### **Derivadas de la infertilidad:**

#### **CP: Depresión.**

Según el DSM-V, un episodio depresivo se caracteriza por <sup>35</sup>:

- A. Cinco o más de los siguientes criterios, con una duración mínima de dos semanas, y en los que aparezca, al menos, un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés o placer por las cosas:
  1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día.
  2. Disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
  3. Pérdida o aumento significativo de peso y del apetito.
  4. Insomnio o hipersomnia.
  5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
  6. Fatiga o pérdida de energía.
  7. Sentimientos de inutilidad o culpa, excesivos o inapropiados.
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
  9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico ni una tentativa de suicidio.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas.
- C. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.
- D. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto sobre otros trastornos mentales.

### **Objetivos de Enfermería:**

- Detectar signos y síntomas depresivos precozmente.
- Evitar posibles complicaciones.

### **Intervenciones de Enfermería <sup>34</sup>:**

#### **Escucha activa (4920).**

##### Actividades:

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés por el paciente.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresados y además atender al contenido de la conversación.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.

- Estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.

### **Derivación (8100).**

#### Actividades:

- Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la derivación.
- Establecer los cuidados necesarios.
- Cumplimentar el informe de derivación correspondiente.
- Comentar el plan de cuidados de la paciente con el siguiente profesional sanitario.

### **Derivadas del tratamiento:**

#### **CP: Síndrome de hiperestimulación ovárica.**

El síndrome de hiperestimulación ovárica es una complicación que puede producirse en mujeres que se están sometiendo a un tratamiento de fertilidad con estimulación hormonal <sup>36</sup>. La hiperestimulación ovárica puede provocar una salida de líquido al peritoneo, cavidad pleural y pericardio y terminar en otras complicaciones graves <sup>36</sup>.

Los síntomas más frecuentes de este síndrome son: distensión abdominal, dolor abdominal, hemorragia y aumento de peso <sup>36</sup>.

#### **Objetivos de Enfermería:**

- Detectar signos y síntomas precozmente.
- Evitar posibles complicaciones.

#### **Intervenciones de Enfermería <sup>34</sup>:**

#### **Manejo del dolor (1400).**

#### Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Explorar con la paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

### **Disminución de la hemorragia (4020).**

#### Actividades:

- Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.
- Monitorizar la presión arterial y los parámetros hemodinámicos, si están disponibles.
- Monitorizar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas.
- Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (avisar al profesional de enfermería), si se produjeran más hemorragias.
- Instruir al paciente sobre las restricciones de actividades.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la gravedad de la pérdida de sangre y sobre las acciones adecuadas que han de tomarse.
- Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción sobre la situación.

### **Derivación (8100).**

#### Actividades:

- Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la derivación.
- Establecer los cuidados necesarios.
- Cumplimentar el informe de derivación correspondiente.
- Comentar el plan de cuidados de la paciente con el siguiente profesional sanitario.

## REFLEXIONES

La infertilidad es un problema de salud sexual y reproductiva que ocasiona importantes alteraciones en la salud de la mujer. Es esencial que la enfermera sea capaz de detectar estas complicaciones para poder abordarlas adecuadamente.

A pesar del aumento de la prevalencia de mujeres infértiles en los últimos años, es llamativo que en la Comunidad Autónoma de Cantabria no se hayan desarrollado programas de atención a estas mujeres. Sería interesante la elaboración de estos programas para proporcionar a las mujeres una mejor atención que tenga como objetivo mejorar su estado de salud, no sólo física sino también emocional.

El amplio campo de intervención que tiene la enfermería debe abordarse de un modo ordenado, con un método que permita unificar los cuidados para evitar repeticiones, omisiones y confusión en la relación terapéutica. El proceso de atención de enfermería es el método adecuado para proporcionar estos cuidados y desarrollar unas intervenciones eficaces que logren mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer infértil.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) López Villaverde V. La fertilidad en España. Análisis de la evolución de los indicadores demográficos recogidos en España. En: Matorras R, editor. Libro blanco sociosanitario. La infertilidad en España: situación actual y perspectivas. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad; 2011. p. 53-69.
- (2) Urgellés C, Reyes G, Figueroa M, Palazón R. Infertilidad en pacientes mayores de 35 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012.
- (3) Díaz Bernal Z, García Jordá D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. Revista Cubana de Salud Pública 2011; 37(1).
- (4) Quintana PR, Tío DMM, Ajá LT. Infertilidad. Medisur. 2011; 9(4):340-350.
- (5) World Health Organization [sede Web] 2012 [actualizado en 2014; acceso febrero 2014] Global prevalence of infertility, infecundity and childlessness. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/index.html>
- (6) Suárez Ramírez N, Pascual Tosina R, Ruiz Gómez E, Vera Granado J, Pecero Suárez L, Silverio Palacino AM. Abordaje del enfermero especialista en salud mental a parejas que se someten a técnicas de reproducción humana asistida. Biblioteca Las Casas. 2010; 6(3).
- (7) Mazarrasa Alvear L, Gil Tarragato S. Salud sexual y reproductiva. En: Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud de la Mujer, Universidad Complutense de Madrid, editores. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género y salud. 2006. p. 1-24.
- (8) Izquierdo Hernández A. Salud sexual y reproductiva. Rev Cubana enfermer. 2013; 29(1): 1-2.
- (9) Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. Fertil Steril. 2009; 92(5): 1520-1524.
- (10) Sociedad Española de Fertilidad. Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida. Madrid; 2011 [acceso en marzo de 2014]. Disponible en: [http://nuevo.sefertilidad.com/spr\\_sef\\_fertilidad.pdf](http://nuevo.sefertilidad.com/spr_sef_fertilidad.pdf)
- (11) del Carmen Hernández, EA. Caracterización de la infertilidad en el Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" [tesis doctoral]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2011.
- (12) Barco D, Quintero C, Reyes P, Álvarez F. El modelo de la adaptación ante la infertilidad de la pareja. Rev Cubana enfermer. 2013; 29(2).
- (13) Matorras Weing R, Hernández Hernández J. Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad; 2007 [acceso en marzo de 2014]. Disponible en: <http://nuevo.sefertilidad.com/descargas/Seronocompleto.pdf>
- (14) Ustunsoz A. To be an infertile woman. Patient Educ Couns. 2011; 82(2):182-183.

- (15) Donat Colomer F. Enfermería maternal y ginecológica. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
- (16) Sáñez HAM, Arroyo LH, Madrigal DMM. Hipotiroidismo e infertilidad femenina. Rev Mex Reprod. 2012; 5(1):3-6.
- (17) Rechkemmer AF. Manejo de la endometriosis e infertilidad. Rev Per Ginecol Obstet. 2012; 58(2): 101-105.
- (18) Alamá Faubel P, Remohí Giménez JA. Los estudios y tratamientos de la infertilidad. En: Matorras Weinig R, editor. Libro blanco sociosanitario. La infertilidad en España: situación actual y perspectivas. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad; 2011: 43-41.
- (19) Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Boletín Oficial del Estado, nº 126, (27 mayo 2006).
- (20) Moore HL. Antropología y feminismo. 3ª ed. Madrid: Cátedra; 1999.
- (21) Cunningham N, Cunningham T. Women's experiences of infertility - towards a relational model of care. J Clin Nurs. 2013; 22(23):3428-3437.
- (22) Yago T, Segura J, Irazábal E. Infertilidad y reproducción asistida. Relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza. 1ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1997.
- (23) Naab F, Brown R, Heidrich S. Psychosocial health of infertile Ghanaian women and their infertility beliefs. J Nurs Scholarsh. 2013; 45(2):132-140.
- (24) El Kissi Y, Romdhane AB, Hidar S, Bannour S, Ayoubi Idrissi K, Khairi H, et al. General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. Eur J Obstet Gyn R B. 2013; 167(2):185-189.
- (25) Musa R, Ramli R, Yazmie AWA, Khadijah MBS, Hayati MY, Midin M, et al. A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. Compr Psychiatry. 2014; 55 Supl 1:65-69.
- (26) B Oriá MO, B Ximenes L, F Glick D. El deseo de estar embarazada y la infertilidad. Enferm Integral. 2008; 84: 74-79.
- (27) Tao P, Coates R, Maycock B. The impact of infertility on sexuality: A literature review. Australas Med J. 2011; 4(11):620-627.
- (28) Martín-Jiménez E, Muñoz-Ortega E, Ramis-Vidal L, Vicente-Mallén O. Vivencia de la sexualidad en hombres y mujeres en tratamiento de infertilidad en el Hospital 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid. Matronas Prof. 2011; 12(3):74-81.
- (29) Johnson KM, Fledderjohann J. Revisiting “her” infertility: Medicalized embodiment, self-identification and distress. Soc Sci Med. 2012; 75(5):883-891.
- (30) Garzón Boch C, Barrios Sánchez MJ, Pérez García C, Buzón Romero M. Abordaje psicoeducativo de la Enfermera Especialista en Salud Mental para reducir las repercusiones psicológicas en parejas con problemas de esterilidad. Rev Paraninfo Digital. 2012; 15.
- (31) Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2002.

(32) Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 1995.

(33) Arslan-Özkan I, Okumus H, Buldukoglu K. A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. J Adv Nurs. 2013.

(34) NNN Consult [sede web]. Elsevier; 2013 [actualizado en 2013; acceso mayo 2014]. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/,DanalInfo=www.nnnconsult.com+index>

(35) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-V. 5ªed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

(36) Medline Plus [sede web] [actualizado en mayo de 2014; acceso en mayo de 2014]. Síndrome de hiperestimulación ovárica. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007294.htm>

## ANEXOS

**Anexo I:** Agentes químicos y físicos que representan riesgos reproductivos para las mujeres en el lugar de trabajo.

Agente	Efectos observados	Trabajadores potencialmente expuestos
Medicamentos para el tratamiento del cáncer (methotrexate).	Esterilidad, aborto, defecto de nacimiento, bajo peso al nacer.	Profesionales sanitarias y farmacéuticas.
Fármacos anestésicos.	Abortos.	Profesionales sanitarias.
Ciertos éteres de etileno de glicol, como 2-ethoxythanol (2EE) y 2-methoxyetanol (2ME).	Abortos.	Trabajadoras del área electrónica y semiconductores.
Disulfuro de carbono (CS <sub>2</sub> ).	Cambios en el ciclo menstrual.	Trabajadoras del textil (rayón, viscosa).
Plomo.	Esterilidad, aborto, bajo peso al nacer y desórdenes del desarrollo.	Fabricantes de baterías, soldadoras, reparadoras de radiaciones, pintoras de puentes, personas que trabajen cerca del fuego y rehabilitadoras de casas.
Radiaciones ionizantes (rayos X y rayos gamma).	Esterilidad, aborto, defectos al nacer, bajo peso al nacer, desórdenes del desarrollo, cáncer infantil.	Trabajadoras del cuidado de la salud, odontología y trabajadoras de la industria de la energía nuclear.

Fuente: Matorras Weinig R, Hernández Hernández J. Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción. 1ª ed. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad; 2007.