

IMPACTE EMOCIONAL DE LES DONES QUE SE SOTMETEN A PROCESSOS DE REPRODUCCIÓ ASSISTIDA

Treball de Final de Grau de Psicologia

Patricia Fernández Rodríguez

Curs: 2020-2021

Tutor/a: Assumpció Guillén Font

Grau en Psicologia

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Vic, Maig de 2021

Agraïments

M'agradaria començar agraint la dedicació, treball i esforç de totes les persones i professionals que han fet possible la realització d'aquest treball. M'emporto a totes les persones, amics, professionals i situacions que han format part de mi i del meu camí durant l'elaboració d'aquest treball i al llarg dels 4 anys del Grau en general.

Així mateix agraeixo el suport incondicional i estima que la meva família i amics m'han proporcionat des del primer dia que vaig iniciar aquesta aventura acadèmica, ja que gràcies a la seva confiança i suport he pogut arribar a aconseguir tot allò que m'he proposat. Especialment a la meva mare, per ser el meu exemple a seguir i tota una lluitadora en la vida, així com a la meva parella Julián, per ser l'impuls i la raó de la meva força. Gràcies a tots i cadascun de vosaltres per acompanyar-me en el meu creixement com a persona i com a futura professional.

RESUM

Aquest Treball de Final de Grau s'inicia amb la finalitat de conèixer i analitzar l'impacte emocional que pateixen les pacients que se sotmeten a processos de tècniques de reproducció assistida (TRA).

La recerca i la varietat de situacions i informacions sobre el tema en qüestió permetrà, a més de tractar i comprendre l'impacte emocional que moltes vegades es genera per l'ús d'aquestes tècniques de reproducció assistida, poder conèixer la tipologia diversa que existeix d'aquestes tècniques i les diferents causes i motius que provoquen la seva utilització. L'anàlisi que es porta a terme està fonamentat a partir dels antecedents teòrics i pràctics de referència i la informació que existeix sobre el tema, tot considerant les idees i coneixements de diversos autors.

De manera pràctica, s'ha considerat la necessitat de comprovar si els conceptes teòrics són extrapolables a les vivències i experiències reals de professionals i pacients de tècniques de reproducció assistida. L'estudi s'ha realitzat a partir d'una metodologia qualitativa, en concret, a través d'entrevistes semiestructurades realitzades a 2 psicòlegs professionals dedicats a la reproducció assistida, així com dirigides a 4 pacients d'aquests processos reproductius, per tal de poder identificar quines són les dificultats més rellevants amb les quals un professional d'aquest àmbit es pot trobar, i també els efectes i conseqüències emocionals de les pacients que han viscut i experimentat aquest procés de reproducció humana assistida.

Els resultats evidencien la necessitat de l'acompanyament i suport psicològic durant els processos de reproducció assistida, donat l'alt impacte emocional que aquests processos poden generar en les pacients que els experimenten. Així mateix, els resultats de la present investigació han ajudat a conèixer la ineficiència dels recursos organitzatius i professionals dels centres reproductius, envers la intervenció dels efectes emocionals viscuts per les dones durant els processos de reproducció assistida.

Paraules clau: *reproducció, tècniques de reproducció assistida (TRA), infertilitat, fecundació in vitro (FIV), impacte emocional.*

ABSTRACT

This research's main objective is to know and analyse the emotional impact suffered by patients undergoing assisted reproduction techniques (ART).

The variety of situations and information obtained on the subject will allow the understanding of the emotional impact that is often generated by using these assisted reproduction techniques. In addition, all the data recollected on the subject leads to acknowledging the diverse typology that exists about ART and the different causes and reasons that triggers their use. The analysis carried out is based on the theoretical and practical background of reference that exists on the subject, taking into account the ideas of various authors.

In the practical framework, it has been necessary to test whether theoretical concepts can be extrapolated to the actual experiences of professionals and patients through assisted reproduction techniques. The study was based on a qualitative methodology, mainly through semi-structured interviews conducted with two professional psychologists who worked at assisted reproduction centers and aimed at four patients who had experienced these reproductive processes. During the interviews, the most relevant difficulties that a professional in this field may encounter and the effects and emotional consequences of patients who have been through this process of assisted human reproduction have been identified.

The result highlights the need for psychological support during assisted reproduction processes, given the high emotional impact these processes can have on patients who experience them. Likewise, the present research results have helped to know the inefficiency of the organisational and professional resources of the reproductive centers towards the intervention of the emotional effects experienced by the women during the processes of assisted reproduction.

Keywords: *reproduction, assisted reproduction techniques (ART), infertility, in vitro fertilization (IVF), emotional impact.*

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ.....	5
2. MARC TEÒRIC.....	8
2.1. La reproducció humana.....	8
2.2. La reproducció assistida.....	9
2.3. Evolució de la normativa referent a tècniques de reproducció assistida, marc legal.....	10
2.4. Tècniques de reproducció assistida.....	11
2.5. Causes de la utilització de les tècniques de reproducció assistida.....	15
2.6. Efectes adversos i impacte emocional derivats de la utilització de les tècniques de reproducció assistida.....	17
2.7. Influència de l'acompanyament psicològic durant el procés de reproducció assistida.....	22
3. MARC METODOLÒGIC	25
3.1. Objectius i hipòtesis.....	25
3.2. Metodologia.....	26
3.2.1. Disseny de la investigació.....	26
3.2.2. Criteris d'inclusió i exclusió.....	26
3.2.3. Mostra.....	27
3.2.4. Descripció de l'instrument de mesura.....	27
3.2.5. Procediment i anàlisi de dades.....	28
3.2.6. Aspectes ètics de la investigació.....	31
3.2.7. Temporització.....	31
3.3. Resultats.....	33
3.4. Discussió.....	44
4. CONCLUSIONS	50
4.1. Limitacions del treball.....	50
4.2. Propostes de millora i futures línies de treball.....	51
4.3. Conclusions generals.....	52
5. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	54
6. ANNEXOS.....	58

1. INTRODUCCIÓ

En els últims anys, la societat ha patit canvis importants en relació amb les opcions de quan i com es poden tenir els fills, a causa de l'impacte de les noves tecnologies, d'un l'estil de vida accelerat i, alhora, centrat en l'àmbit laboral, dels nous estils de família i/o de l'impacte de la contaminació o malalties que impossibiliten el fet de tenir fills de forma convencional. A més, val a dir que la utilització de noves tècniques de reproducció assistida ha permès un enfocament més ampli amb relació a com poder gestionar les diverses situacions de la vida quotidiana i també, al fet de poder donar l'oportunitat de fer realitat el somni de la maternitat/paternitat. No obstant això, els processos de reproducció assistida i l'ús de les diverses tècniques, continuen sent un tema tabú i inclús un misteri per gran part de la població, inclosos gran part dels professionals que acompanyen a aquestes persones durant el procés, ja que encara avui en dia no en tots els centres de reproducció assistida existeix un equip psicològic especialitzat que acompanyi i recolzi als pacients durant aquesta experiència. Cal tenir en compte, que l'ús i el procediment d'aquestes tècniques pot ocasionar múltiples efectes emocionals en les persones que els experimenten. Per aquest motiu, és important poder-los conèixer per tal que el psicòleg pugui, en la mesura del possible, ajustar la seva resposta a tots ells mitjançant la seva intervenció psicològica durant tot aquest procés.

La finalitat del present Treball de Final de Grau és doncs, investigar i conèixer la influència i l'impacte emocional que ha suposat per a dones espanyoles el fet de sotmetre's a un procés de reproducció assistida en els últims 5 anys i a la vegada, conèixer quines propostes d'intervenció es plantegen en els centres de reproducció assistida per millorar aquesta experiència emocional. Aquest treball s'identifica dins de la branca de la psicologia clínica i, ha set una investigació en la qual es recullen i posen en joc gran part dels aprenentatges i coneixements construïts en el transcurs d'aquests quatre anys del Grau en Psicologia.

S'identifica l'impacte emocional derivat de sotmetre's a un procés de reproducció assistida com a tema principal d'estudi. Aquesta consideració, però, inclou el tractament i anàlisi no només d'aquest impacte emocional, sinó també de les causes que el provoquen, la tipologia diversa que existeix i les tècniques i estratègies que es poden posar en pràctica per aconseguir una resolució i millora òptima d'aquesta experiència emocional de les pacients que experimenten aquest procés de reproducció assistida.

En relació amb la identificació i el diagnòstic de la necessitat d'estudi, a continuació, es presenta, de forma detallada, una justificació que inclou aquesta necessitat des del punt de vista acadèmic i, també, des d'un punt de vista més personal.

D'una banda i des d'una visió acadèmica, es considera que l'estudi sobre el tema pot ser útil i generar interès, ja que la societat està en constant canvi, i un d'aquests canvis té a veure en la forma de tenir fills i en l'impacte que aquest fet genera en les persones que han de sotmetre's a un procés de reproducció assistida per a poder tenir descendència biològica, i en el paper que pot tenir el psicòleg de l'àmbit reproductiu en l'acompanyament i suport durant aquests processos de reproducció assistida. Així mateix donat l'escassetat d'estudis que existeixen al respecte envers el grau d'afectació emocional dels pacients que se sotmeten a aquests processos de reproducció assistida, es considera oportú valorar i donar visibilitat a un tema molt comú però poc tractat en la societat, per tal de poder dotar als psicòlegs de l'àmbit reproductiu d'eines i estratègies que els permetin adquirir capacitats i habilitats que puguin utilitzar per fomentar i millorar aquesta experiència emocional que experimenten les dones que han de passar per un procés de reproducció assistida, amb totes les emocions i sentiments que això comporta, i a la vegada entendre millor la situació i experiència que viuen aquestes dones. D'altra banda i tenint en compte una visió més personal, la tria de la temàtica va estar motivada pel propi interès en el tema i per l'experiència personal viscuda a través de persones properes que han hagut d'experimentar aquest tipus de processos de reproducció assistida.

D'acord amb els motius prèviament esmentats, es considera adient realitzar una cerca basada en la lectura d'articles, llibres i pàgines web d'interès per tal de poder ampliar el bagatge de coneixements sobre el tema i ser capaç de realitzar una investigació a partir de la qual poder verificar o falsejar les hipòtesis plantejades. Per acabar i abans d'endinsar-nos en el treball en qüestió, cal realitzar un breu esment sobre la distribució del treball per tal de facilitar la tasca del lector. A banda d'aquesta introducció i justificació que engloba una síntesi sobre el contingut del treball i el motiu de l'elecció de la temàtica, el treball consta de cinc blocs més.

En primer lloc, es troba la part teòrica del treball que inclou el marc conceptual i contextual que fa referència als antecedents teòrics que existeixen sobre el tema i el qual es troba repartit en 7 apartats; 2.1. La reproducció, 2.2. La reproducció assistida, 2.3. Evolució de la normativa referent a tècniques de reproducció assistida, marc legal, 2.4. Tècniques de reproducció assistida, 2.5. Causes de la utilització de les tècniques de

reproducció assistida, 2.6. Efectes adversos i impacte emocional derivats de la utilització de les tècniques de reproducció assistida i 2.7. Influència de l'acompanyament psicològic durant el procés de reproducció assistida. En segon lloc, hi ha la part pràctica del treball, en la qual s'hi detallen els objectius i les hipòtesis que es pretenen assolir, la metodologia emprada en la recerca, l'anàlisi dels resultats extrets i, seguidament, la discussió que se'n deriva. En tercer lloc, el bloc fa referència a les conclusions, les quals inclouen una síntesi dels resultats obtinguts en la recerca, una valoració final en la qual es recullen les limitacions i punts forts, així com una reflexió sobre el propi procés d'aprenentatge, i per últim també s'inclouen implicacions i futures línies de treball. Aquests dos apartats serveixen per poder fer una bona clausura del treball, realitzant aquestes conclusions a partir de les diverses valoracions sobre què he fet, què he après, com m'he sentit, què m'ha semblat, com podria millorar, etc. En quart lloc, es troba el bloc de la bibliografia, en el qual es detallen totes les referències bibliogràfiques i fonts consultades durant l'elaboració del treball. Finalment, el treball es tanca amb l'últim bloc corresponent a annexos, en el qual es recullen totes aquelles informacions, materials i documents addicionals esmentats o treballats durant l'elaboració i creació d'aquesta investigació.

2. MARC TEÒRIC

2.1. La reproducció humana

Segons el diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans (DIEC), el concepte reproducció té diferents definicions en funció del sentit que se li vulgui atribuir, en aquest cas, es destaquen aquells significats que s'ajusten a la temàtica d'investigació: "Procés mitjançant el qual els éssers vius asseguren l'aparició d'elements o individus nous, idèntics o semblants a llurs progenitors" o "Acció de reproduir o de reproduir-se".

La reproducció és un concepte bàsic en la vida de les persones, tant d'homes com de dones, el fet de tenir descendència es considera com a part important de la vida. Els humans tenen un rendiment reproductiu baix comparat amb altres éssers vius, la seva taxa mensual de fecunditat natural és inferior al 20%. La fertilitat i edat reproductiva de l'espècie humana és limitada, ja que en gran part depèn de la capacitat reproductiva de la dona, la qual troba la seva màxima edat reproductiva entre els 20 i 30 anys, després d'aquesta edat s'inicia un descens fisiològic de la seva capacitat reproductiva (SEF, 2012).

L'evolució i la perspectiva de la nostra societat al voltant dels models de reproducció humana ha canviat, és a dir, aquesta reproducció humana ja no és només un procés biològic, sinó que també està determinada per factors materials, socials i econòmics, per això és important treballar i tenir en compte, aspectes com el canvi de patrons i estils de vida en la nostra societat (Neugarten, 1999), les tasques de generativitat, o la integració dels fills en la vida dels pares (Lafuente, 2008).

A causa d'aquesta evolució i canvi en la societat en les últimes dècades, es reflecteix un increment en les dades sociodemogràfiques referent a la mitjana d'edat en què una dona té el seu primer fill, arribant a una edat mitja de 31,7 anys l'any 2019 segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE, 2020), superant inclús la mitjana d'edat de la Unió Europea, la qual es troba en un 29,7. Aquest endarreriment de la maternitat té greus conseqüències en els processos reproductius, ja que amb el pas dels anys incrementen les dificultats de fertilitat sobretot pel que fa a l'aparell reproductiu de la dona.

Segons Olivia Harris i Kate Young, 1981, citat per Blázquez i Montes (2012), existeixen tres conceptes diferents en relació amb la reproducció; la reproducció social o sistèmica, la reproducció del treball i, finalment la reproducció biològica. El primer concepte fa referència al fet de transmetre i donar continuïtat al sistema social, compartint d'aquesta

manera els valors, normes, economia i idees que es tenen. Pel que fa al segon concepte, aquest se centra en les diferències de tasques i altres elements de gènere que existeixen en el món laboral, i finalment l'últim concepte referent a la reproducció biològica, engloba l'increment de la població d'un determinat grup social, en relació amb els naixements.

2.2. La reproducció assistida

Segons el diccionari de la Reial Acadèmia Espanyola (RAE), es defineix la reproducció assistida com “el conjunt de tècniques mèdiques que afavoreixen la fecundació en el cas d'impediments fisiològics en l'home o en la dona”.

En els seus inicis la reproducció assistida va generar en la societat un gran debat i inclús cert rebuig, tot i això la seva evolució i creixement a set innegable i avui en dia és una pràctica ben acceptada i habitual en la societat.

Cal destacar i tenir presents dues dates en la història de la reproducció assistida que com bé s'esmenten en el llibre “Treinta años de técnicas de reproducción asistida” de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (2015), han set claus en el creixement i transcurs d'aquesta disciplina. La primera data va tenir lloc l'any 1978 a Regne Unit, en la qual es va produir el primer naixement en el món gràcies a les tècniques de reproducció assistida, més concretament a partir de Fecundació In Vitro (FIV), a través del qual va néixer Louise Brown. Aquest naixement històric va ser gràcies al treball conjunt del fisiòleg Robert Edwards, el ginecòleg Patrick Steptoe i la investigadora i infermera Jean Purdy. L'altra data rellevant en la cronologia de la reproducció assistida, es va produir el 12 de juliol de 1984 a Espanya, quan va néixer Victoria Anna, la primera nena nascuda a Espanya a partir de les tècniques de reproducció assistida, concretament a partir de FIV també.

La infertilitat de l'home o de la dona, així com els nous models de família o malalties com el càncer o VIH poden dificultar la realització del desig de convertir-se en pare o mare, per això és important poder donar visibilitat i oferir possibles vies de solució a les persones que pateixen aquestes dificultats a l'hora de tenir descendència i formar una família (OMS, 2020).

La Societat Espanyola de Fertilitat (SEF), col·labora des de fa ja uns anys amb el Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat en la tasca de difusió d'aquesta nova cultura en matèria de salut reproductiva, d'aquesta manera van néixer les guies d'avaluació,

consell, suport i intervenció psicològica en Reproducció Assistida, per tal de ser una eina pels professionals de l'àmbit reproductiu (SEF, 2012). Així mateix, a nivell europeu la Societat Europea d'Embriologia i Reproducció Humana (ESHRE) ha creat unes pautes per l'assessorament en infertilitat, amb l'objectiu de guiar als professionals de la salut que treballen amb pacients que pateixen aquest tipus d'anomalies reproductives, sobretot atenent necessitats emocionals i psicosocials que puguin aparèixer.

Els tractaments de reproducció assistida han augmentat un 28% en els últims 5 anys a Espanya, segons dades del Ministeri de Sanitat l'1 d'octubre de 2020. Així mateix, segons la SEF (2012), aquest augment de la demanda de serveis assistencials de reproducció assistida és degut a 3 factors principals:

- ❖ Millor accessibilitat a aquests serveis de reproducció assistida i una creixent confiança en la seva eficàcia.
- ❖ Evolució del paper de la dona en els últims anys dins de la societat, posposant així la seva maternitat a causa de la incorporació en el món laboral, a l'ús d'anticonceptius i una millor educació sexual, així com al fet de cercar una estabilitat de parella o un estil de vida més accelerat i individualista.
- ❖ Increment de nous models de família homosexuals i de mares solteres per elecció.

A Estats Units inclús existeix un concepte anomenat DINK (Dual Income No Kids), relacionat amb aquests factors sociològics, que prioritzen el benestar material i social, al fet de tenir descendència i reproduir-se (Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2015).

Tenint en compte que l'accés a aquest tipus de tractaments de reproducció assistida pot ser públic o privat, cal destacar un parell d'aspectes en relació amb aquestes dues vies. Per una banda, en els centres públics només es realitzen aquests tractaments reproductius a dones fins a quaranta anys, i un total de tres intents, és a dir, tres cicles. Per altra banda, les pacients que acudeixen als centres reproductius privats a causa de la llista d'espera dels centres públics o per altres causes, poden rebre un ajut del CatSalut per dur a terme aquests tractaments reproductius. Cal especificar, però que aquest ajut només cobreix una part del tractament i que té un màxim de tres intents també (Boada et al., 2010).

2.3. Evolució de la normativa referent a tècniques de reproducció assistida, marc legal

Tal com es comenta amb anterioritat els inicis de les tècniques de reproducció assistida no van tenir una total acceptació i acollida per part d'alguns membres de la societat. Així

i tot, l'any 1988 es va aprovar a Espanya, la primera llei, Llei 35/1988, de 22 de novembre, que regulava aquestes tècniques (Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2015). Aquesta llei, va suposar un avenç científic en matèria d'infertilitat, no només abordant possibles solucions envers aquesta casuística, sinó també en el camp del diagnòstic i de la investigació. Al cap d'un temps i a causa del gran avenç i desenvolupament d'aquest tipus de reproducció, va ser necessari fer una revisió i modificació d'aquesta llei, així va néixer la Llei 45/2003, de 21 de novembre. Finalment aquesta llei de 2003, va ser substituïda per la Llei 14/2006, de 26 de maig sobre tècniques de reproducció humana assistida (LTRHA), la qual encara continua vigent avui en dia, tot i la realització d'alguna modificació en els últims anys.

Segons aquesta llei actual, poden accedir a aquests serveis de reproducció assistida totes les dones sense tenir en compte la seva orientació sexual, ni el seu estat civil, però sí que s'ha de tenir en compte que siguin majors d'edat (Boada et al., 2010).

2.4. Tècniques de reproducció assistida

Segons la Societat Espanyola de Fertilitat, s'entén per tècniques de reproducció assistida “al conjunt ampli de procediments caracteritzats per l'actuació directa sobre els gàmetes, és a dir, ovòcits i/o espermatozoides, amb la finalitat d'afavorir la fecundació en la cavitat uterina”. Des de fa ja uns anys, aquestes tècniques de reproducció assistida formen part de la vida i de la història reproductiva de moltes parelles i persones a Espanya. Cal tenir en compte, però que no totes les tècniques són vàlides per ser aplicades en tots els casos, sinó que serà responsabilitat del doctor en particular, i de tot l'equip multidisciplinari del centre o unitat reproductiva en general, ajustar i individualitzar el tractament a cada cas, segons les característiques que presenti la persona o parella amb problemes reproductius. Tanmateix, serà decisió del pacient acabar de decidir i escollir quin tractament reproductiu seguir, segons les indicacions facilitades pels professionals mèdics (SEF, 2012).

Especificar, que tot i que en un inici aquestes tècniques de reproducció assistida es varen crear i dissenyar per tractar dificultats relacionades amb la fertilitat, al llarg de més de 30 anys de la seva existència i utilització, les seves aplicacions han evolucionat, i actualment també s'utilitzen en casos de pacients que volen preservar¹ la seva fertilitat o en casos en

¹ A partir del procés de la Criopreservació, el qual consisteix a guardar mostres congelades en vapors de nitrogen a baixes temperatures (entre -80 i -196 °C), per poder ser posteriorment utilitzades.

els quals poden existir malalties genètiques, les quals es volen evitar transmetre² a la seva descendència.

L'any 2018 amb dades extretes de la memòria del "Registro Nacional de Actividad 2018-Registro SEF" de la Societat Espanyola de Fertilitat, a Espanya es van realitzar 149.337 tractaments de Fecundació in Vitro (FIV) i 34.100 tractaments d'Inseminació Artificial (IA), és a dir, en total uns 183.437 tractaments de reproducció assistida al nostre país. Concretament l'any 2018, van néixer un total de 37.094 nadons a través d'aquestes tècniques de reproducció assistida, és a dir, això suposa que el 9% dels nens i nenes que neixen a Espanya, ho fan gràcies a aquest tipus de reproducció.

Així mateix, segons xifres de l'enquesta de fecundació realitzada per l'Institut Nacional d'Estadística l'any 2018, 639.922 dones es van sotmetre a un procés de reproducció assistida a Espanya (INE, 2019).

Les tècniques de reproducció assistida més comunes i utilitzades són les següents (SEF, 2012):

- ❖ **Inseminació Artificial amb semen de la parella (IAC):** Se la considera la tècnica de reproducció assistida més senzilla de totes, i sol tenir una probabilitat d'èxit d'entre 20-50%. Aquesta tècnica consisteix en el fet de dipositar els espermatozoides a l'úter de la dona per mitjà d'un catèter el qual s'introdueix pel coll de l'úter. Prèviament la dona també ha rebut un tractament d'estimulació ovàrica per augmentar les possibilitats de fecundació. Donada la seva senzillesa, se sol dur a terme aquest procés en la pròpia consulta del metge o ginecòleg, no requereix ingrés i no és necessari tenir en compte cap precaució diferent que les que es podrien donar en un procés de fecundació convencional. Cal especificar que per poder dur a terme aquest tipus de tècnica s'han de donar certes característiques en la dona, com per exemple, que aquesta tingui una capacitat d'ovular regular i espontània, i un bon funcionament de les trompes de Fal·lopi.
- ❖ **Inseminació Artificial amb semen de donant (IAD):** Aquesta tècnica de reproducció assistida és similar a l'anterior, és a dir, a la IAC, l'únic factor que varia és la procedència del semen, que en aquest cas procedeix d'un banc de semen

² Mitjançant la tècnica del Diagnòstic Genètic Preimplantacional (DGP), a partir del qual es poden dur a terme biòpsies dels embrions entre el tercer i cinquè dia de desenvolupament del tractament i d'aquesta manera es poden descartar els embrions que pateixen aquesta malaltia i seleccionar els que queden lliures d'ella per realitzar el traspass embrionari a la dona.

acreditat per llei i que recull totes les normatives necessàries. El procés que es duu a terme en aquesta tècnica és el mateix que en la IAC, i sol tenir una probabilitat d'èxit d'un 80%. Aquest tipus de tècnica se sol utilitzar en casos en els quals existeix alguna malaltia o anomalia masculina que impedeix poder obtenir espermatozoides o bé, en casos de dones sense parella masculina, és a dir, dones homosexuals o bé, dones que decideixen ser mares solteres per elecció pròpia.

- ❖ **Fecundació In Vitro (FIV):** Es diferencien dues variants dins d'aquesta tècnica de reproducció assistida, la qual troba la seva probabilitat d'èxit entre el 10-40%. Per una banda, la FIV pròpiament dita, la qual consisteix a posar en contacte en un ambient de laboratori, els espermatozoides i els ovòcits per tal d'aconseguir una fecundació prèvia a la introducció d'aquests ovòcits fecundats a l'úter de la dona. I per altra banda, la Microinjecció Intracitoplasmàtica (ICSI), la qual és molt similar a la FIV, però es podria dir que és una mica més invasiva, ja que el procediment seria el mateix, llevat del fet que no es deixen lliurement els espermatozous amb els ovòcits, sinó que ja directament s'introdueix un espermatozoide en cada ovòcit, amb el propòsit de garantir una major probabilitat de fecundació. Prèviament a tot aquest procés, és a dir, abans d'iniciar l'extracció dels ovòcits (punció ovàrica), la dona se sotmet a un tractament hormonal d'estimulació ovàrica. Les mostres tant d'esperma com d'òvuls són estudiades en el laboratori i se seleccionen els de millor qualitat, classificant els embrions fecundats per categories d'A a D segons la seva qualitat per dur a terme el procés. Un cop es produeix la fecundació en el laboratori, es procedeix a la transferència dels ovòcits fecundats a l'úter de la dona, especificar que aquest és un procés que no produeix cap dolor i que no requereix anestèsia. L'única circumstància que cal tenir en compte, és el fet que un cop es dugui a terme aquesta transferència, la dona haurà de tenir un temps de repòs i en alguns casos també és necessari d'un tractament hormonal posterior el qual afavoreix una millor implantació de l'embaràs. Els embrions no utilitzats en la transferència seran congelats i conservats (Criopreservació), per futurs intents o per investigació segons decideixin els pacients.

Tenint en compte la present Llei 14/2006, sobre tècniques de reproducció humana assistida, només es podran transferir un màxim de tres embrions fecundats en cada intent, per tal d'evitar conseqüències adverses com els embarassos múltiples (Boada et al., 2010).

- ❖ **Diagnòstic Genètic Preimplantacional (DGP):** Aquest procés no es podria considerar una tècnica de reproducció assistida en si mateixa, sinó que és complementari a la FIV. A través d'aquest DGP, es pot evitar el traspàs de certes malalties genètiques, ja que els embrions els quals es determini que estan afectats per la malaltia, no seran seleccionats per la transferència, prioritzant el traspàs dels embrions sans. Aquest tipus de procés consisteix a realitzar una petita biòpsia als ovòcits fecundats mitjançant FIV, per tal de seleccionar aquells que es trobin en condicions més adients, és a dir, que no estiguin afectats per la malaltia, per realitzar la transferència embrionària.

Especificar que en determinats casos, es fa necessari que la Comissió Nacional de Reproducció Humana Assistida (CNRHA), desenvolupi un informe per tal de poder dur a terme i accedir a aquest procés (Boada et al., 2010).

- ❖ **Extracció espermàtica:** Aquest procés té la finalitat d'obtenir espermatozous de l'aparell reproductor de l'home, per tal de ser utilitzats posteriorment en alguna de les tècniques de reproducció assistida esmentades, com per exemple la IAC o la FIV. Existeixen diversos procediments d'extracció espermàtica; l'extracció testicular mitjançant una biòpsia (TESE), aspiració espermàtica testicular mitjançant una punció (TESA) o aspiració espermàtica epididimària mitjançant una punció (PESA). Se sol recórrer aquest tipus de processos quan existeixen anomalies en l'aparell reproductiu de l'home relacionades amb l'extracció o absència d'espermatozoides en l'esperma.
- ❖ **Donació d'ovòcits:** Aquest procediment consisteix a obtenir ovòcits de dones sanes i menors de 35 anys, per tal de dur a terme fecundacions en altres dones les quals no tenen la suficient qualitat en els seus òvuls o pateixen algun tipus d'alteració genètica. Aquesta donació d'ovòcits és totalment anònima, i sol donar molts bons resultats, arribant al 50% de probabilitat d'obtenir un embaràs en casos en els quals s'ha utilitzat donació d'ovòcits.
- ❖ **Preservació de la fertilitat:** En aquest cas, aquest tractament no busca una fecundació imminent, sinó que la seva finalitat és poder preservar els espermatozous o els ovòcits, per poder posposar el fet de convertir-se en mare o pare. Aquest tipus de procés se sol dur a terme en pacients joves de càncer, els quals a conseqüència dels tractaments amb radioteràpia i quimioteràpia acaben patint conseqüències en altres zones i funcions del seu cos, com per exemple en la capacitat reproductiva, la qual es veu afectada en pèrdua d'ovòcits i

d'espermatozous. Així mateix, hi ha dones que prefereixen posposar la seva maternitat, però són conscients que a més anys majors dificultats, per això optem per preservar els seus ovòcits quan encara són joves i utilitzar-los en uns quants anys. Majoritàriament aquesta preservació de la fertilitat tant masculina com femenina, se sol dur a terme mitjançant la congelació o Criopreservació.

2.5. Causes de la utilització de les tècniques de reproducció assistida

En medicina reproductiva se sol utilitzar i preferir l'ús del concepte *factor causal* al de *causa*, quan es parla d'alguna alteració o trastorn que dificulta la capacitat reproductiva de l'home o de la dona (SEF, 2012).

La infertilitat no és un concepte nou, ja que inclús s'han trobat figures del paleolític així com gravats egipcis i escultures gregues, que fan referència a aquesta problemàtica que poden patir els éssers humans.

La infertilitat és una problemàtica que no afecta la integritat i salut física de la persona, ja que no provoca altres limitacions ni efectes somàtics que els estrictament relacionats amb la reproducció, tot i això sí que afecta de manera emocional i psicològica a les persones que la pateixen (Izzedin-Bouquet de Durán, 2011).

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2020), la infertilitat és “una malaltia del sistema reproductiu masculí o femení, definida per la impossibilitat d'aconseguir un embaràs després de 12 mesos o més de relacions sexuals regulars sense protecció”, que arriba a afectar a 186 milions de persones en tot el món. Aquesta infertilitat es pot classificar entre primària i secundària; la primera es dona quan mai s'ha aconseguit un embaràs, i la segona quan sí que existeix un embaràs previ a les dificultats reproductives existents. Per una banda, pel que fa al sistema reproductiu masculí, els principals factors causals de la infertilitat solen ser problemes relacionats amb l'expulsió de l'esperma, l'absència o nivells baixos d'espermatozoides, trastorns hormonals que dificulten la producció d'esperma, així com anomalies en la forma o el moviment d'aquest. Per altra banda, els factors causals principals de la infertilitat associats al sistema reproductiu femení, poden ser causades per anomalies en els ovaris, sistema endocrí, úter o en les trompes de Fal·lopi.

Així mateix la Societat Espanyola de Fertilitat, identifica com a principals factors causals dels problemes de reproducció:

- ❖ Factors masculins: alteracions testiculars, hormonals, d'ejaculació o altres. Els quals engloben un 25-35% dels casos.
- ❖ Factors tubàrics i peritoneals: els quals s'associen amb alteracions en les funcions i estructura de les trompes de Fal·lopi. Aquests factors engloben entre un 17-20% dels casos.
- ❖ Endometriosis: alteració de les funcions ovàriques, responsable del 5-15% dels casos.
- ❖ Factor ovulatori: alteració de l'ovulació, cal especificar que en alguns casos s'inclou l'Endometriosi en aquest factor causal. Engloba el 35% dels casos.
- ❖ Inexplicables o d'origen desconegut: en aquest grup es recullen aquells casos de parelles o persones en els quals no s'han trobat indicis d'alteracions reproductives aparents. Engloba fins a un 20% dels casos.
- ❖ Causa mixta: per últim, també poden existir casos en els quals la probabilitat d'identificar més d'un factor causal sigui una realitat existent en les parelles. Aquest grup engloba un percentatge divers d'entre un 20-60% dels casos.

Així doncs segons aquestes dades, l'home és el responsable de la infertilitat en la parella el 25-35% dels casos, mentre que la dona i principalment la d'edat avançada, és la responsable en la gran majoria dels casos restants, menys els corresponents a causes desconegudes o mixtes. (SEF, 2012).

Segal i Giudice (2019), exposen que també existeixen factors ambientals i estils de vida que poden afectar la fertilitat de les persones. Alguns exemples d'aquests factors serien el tabaquisme, la ingesta massiva d'alcohol, l'obesitat, així com l'exposició continua a substàncies i toxines contaminants com el plom, pesticides, radiació, etc.

Tenint en compte, tots aquests factors causals, el principal factor que incideix en l'aparició de problemes reproductius és l'edat de la dona, ja que sobretot entre els 35-40 anys, és quan es produeix el descens de les funcions reproductives (Boada et al., 2010).

Per últim, també afegir que la utilització de TRA, no només s'associa a problemes d'infertilitat, sinó que també poden ser pacients d'aquestes tècniques dones homosexuals amb parella, o dones que decideixen ser mares solteres per elecció pròpia.

2.6. Efectes adversos i impacte emocional derivats de la utilització de les tècniques de reproducció assistida

Els problemes reproductius com la infertilitat arriben a produir veritables impactes emocionals i socials en les parelles o persones infèrtils, i molt particularment en les dones, que solen experimentar estigma social, estrès, depressió, ansietat o baixa autoestima, afectant així la seva qualitat de vida i el seu benestar emocional (OMS, 2020). Sovint solen aparèixer també sentiments d'enveja envers altres dones embarassades i d'aïllament social, sobretot en reunions i trobades en les quals poden estar presents infants petits. Tanmateix aspectes com la comunicació en la parella, el suport o les relacions sexuals (freqüència i qualitat), també es poden veure afectats durant aquests processos de reproducció assistida, ja que l'impacte i estrès que genera el fet de sotmetre's a aquests processos, és molt elevat pels pacients, sigui individualment o en parella (Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2015).

El fet de rebre un diagnòstic d'infertilitat pot generar en les persones un impacte o *shock* emocional molt gran, el qual pot produir moltes i diverses emocions. Aquesta muntanya russa d'emocions que viuen els pacients en el moment del diagnòstic i durant els tractaments, acaba afectant greument la salut emocional i psicològica de la persona (Pérez i Barraca, 2016).

Es calcula que al voltant del 25-65% dels pacients que se sotmeten a un procés de reproducció assistida, sol patir en algun moment del tractament algun tipus d'alteració emocional com ansietat, depressió o culpabilitat (Moreno i Guerra, 2007).

Inclús segons diversos estudis realitzats (Antequera et al., 2008), aquest impacte emocional generat per l'aparició de problemes d'infertilitat i la necessitat d'haver de recórrer a TRA, pot ser semblant al que apareix en altres malalties com el càncer.

En la mateixa línia, segons la SEF (2012), els principals efectes i alteracions emocionals que poden aparèixer en els pacients que se sotmeten a un procés de reproducció assistida, tenint en compte però, que cada situació i pacient té unes característiques úniques i individuals, són els següents:

- ❖ **Estrès:** la falta d'informació, els tractaments desconeguts pels quals han de passar i la incertesa de no saber si podran aconseguir el seu objectiu de ser pares o mares, acaba generant uns alts nivells d'estrès en els pacients.

- ❖ **Ansietat:** l'excés d'informació, de preocupacions i de situacions desconegudes o els efectes dels tractaments acaben produint com a conseqüència alts nivells d'ansietat que es poden presentar en forma d'irritabilitat, inquietud, tensió, esgotament o dificultat per respirar.
- ❖ **Depressió:** el cansament per la situació d'infertilitat, la incertesa de la situació, els comentaris de l'entorn i els prejudicis de la societat, acaben afectant de manera greu l'estat emocional dels pacients, els quals en determinades ocasions experimenten alts nivells de depressió.
- ❖ **Enuig:** el sentiment d'impotència de no saber el perquè els esta passant això, les possibles complicacions que puguin sorgir durant el procés o el fet de voler cercar un culpable i una explicació a aquest problema d'infertilitat, sol produir en els pacients moments d'ira i enuig.
- ❖ **Tristesia:** la sensació de buit per no poder aconseguir tenir un fill, i el sentiment de culpabilitat solen generar emocions de tristesa en els pacients, els quals només viuen centrats en el tractament de reproducció assistida sense pensar en altra cosa.
- ❖ **Soledat:** sovint els pacients se solen sentir incompresos, sols, o inclús jutjats per la seva dificultat envers la fertilitat durant el procés reproductiu.

Aquests efectes emocionals derivats dels tractaments de reproducció, poden arribar a afectar de tal manera als pacients, que inclús aquests es plantegin abandonar el tractament. Destacar, però que per exemple en els casos en els quals la pacient és una dona soltera que vol ser mare per elecció pròpia o en casos de parelles de dones homosexuals, aquests efectes emocionals esmentats anteriorment variaran, ja que no es partirà des d'una situació en la qual està present una dificultat reproductiva, sinó una falta d'espermatozous i per tant aquest còctel emocional serà diferent.

Sobretot aquelles dones o parelles les quals donen un alt nivell de significació en les seves vides a l'acte de la maternitat i paternitat, seran les que tindran una alta probabilitat de patir un impacte emocional més gran a l'inici del procés de reproducció assistida, ja que les seves expectatives i el fet d'imaginar que el tractament pugui fracassar i no aconseguir el seu somni de tenir fills, pot afectar psicològicament i emocionalment als pacients (Moura-Ramos et al., 2015).

El diagnòstic d'infertilitat, els casos en els quals els tractaments no han funcionat, o aquells en els quals després d'aconseguir un embaràs es produeix un avortament espontani, poden afectar de tal manera als pacients, que aquests arriben a passar un dol

veritable per aquesta pèrdua, experimentant d'una manera semblant les etapes ja mencionades per l'autora Kübler-Ross (1969) en el seu llibre "On death and dying". Així doncs els pacients poden patir aquesta transició emocional passant per les següents etapes (Guerra i Tirado, 2007):

1. "Shock" o negació: els pacients no ens poden creure el que els està passant, no donen crèdit a aquesta pèrdua referent a la seva capacitat reproductiva quan els hi comuniquen que hi ha problemes d'infertilitat, o també la pèrdua dels embrions durant els intents d'aconseguir la fecundació i el posterior naixement. Psicològicament és un moment molt dur, en el qual es fa molt difícil i inclús no es poden encaixar els fets. És un mecanisme de defensa que utilitzen els pacients. La negació allunya la realitat present, el fet o notícia traumàtica que els està ocorrent i molt probablement, aquest mecanisme de defensa permet dosificar el dolor que se sent davant d'aquesta pèrdua. Els pacients volen aferrar-se a la idea que tot continua igual, i cerquen explicacions sense lògica per justificar el fet present.

2. Enuig/Ira: aquesta ràbia i ira es pot presentar de moltes maneres i sol ser una de les respostes més comunes quan els pacients se senten fracassats o incompresos. Aquest enuig es pot presentar contra un mateix, contra l'altra part de la parella o inclús contra el personal mèdic del centre o unitat reproductiva. En aquesta etapa es busca projectar aquesta culpabilitat en algú per implícitament anar acceptant el fet. Inclús alguns pacients projecten la seva ràbia en Déu, al qual atribueixen la seva mala sort. Durant aquesta etapa la pressió psicològica que experimenten els pacients és molt elevada.

3. Negociació: durant aquesta etapa els pacients, senten que la situació els supera i que està fora de les seves possibilitats. En aquest moment s'inicia un debat intern en el qual una part del pacient reclama emprendre alguna acció per tal de tornar a tenir el control davant d'aquesta nova situació, però l'altra part es resisteix, encara emergeix una esperança minúscula. Si el pacient continua amb el procés de dol i ho fa de manera correcta, s'acabarà imposant la part de fer quelcom per deixar de patir. En aquesta etapa s'arriben a fer promeses a Déu per sortir de la situació.

4. Desesperança: en aquesta etapa, els pacients posen el focus de la seva atenció en el moment present. Arriben a un punt en el qual consideren que la seva situació d'infertilitat els supera, i sorgeixen emocions i sentiments com solitud, tristesa, desesperança i abandonament. Se senten impotents i inclús perden cert interès pel seu objectiu, ja que creuen que no existeixen més opcions pel seu cas. Aquesta etapa se sol viure de manera molt negativa, inclús per l'entorn que envolta als pacients, però és necessària per avançar i arribar a la següent etapa de forma progressiva i anar tancant aquesta transició emocional.

5. Acceptació: només es pot arribar a aquesta etapa si els pacients han passat per totes les altres etapes, i han après de cadascuna d'elles, acceptant finalment el problema reproductiu, l'avortament o altres fets generats pel procés de reproducció assistida. Cal dir, però que acceptar no vol dir conformar-se, sense més, sinó que acceptar implica començar a reorganitzar-se sense el fet o la persona que ja no hi són i començar a reconstruir un nou futur en el qual poden contemplar-se altres opcions per poder arribar a fer realitat el seu somni de tenir fills. En definitiva, l'acceptació no vol dir que el problema o el fet desaparegui, sinó que es pot viure amb ell i es pot fer front, ja sigui de manera individual o en parella.

6. Alternatives i esperança: en aquesta etapa bàsicament, un cop fet el recorregut per totes les altres etapes i sent conscients del problema o del fet que els acompanya, els pacients poden plantejar-se amb ajuda dels metges i de l'equip reproductiu, altres alternatives i opcions per aconseguir el seu somni. (Aquesta etapa l'afegeixen els autors, a diferència de les anteriors les quals es comparteixen amb les mencionades per Kübler-Ross).

Segons exposa Diana Guerra, psicòloga de l'Institut Valencià d'infertilitat a Barcelona, en el llibre "Treinta años de técnicas de reproducción asistida" (2015), el trastorn més habitual que es dona en persones que presenten dificultats d'infertilitat, és el trastorn adaptatiu. Aquest trastorn sol caracteritzar-se per l'aparició de símptomes tant emocionals com de comportament, els quals sorgeixen com a resposta a un factor estressant extern present en la vida de la persona. També poden aparèixer altres trastorns com els depressius, sexuals, d'ansietat o somatomorfs. Segons aquesta psicòloga, les dones solen veure's més afectades que els homes durant aquests processos de reproducció assistida,

arribant a afectar els seus ritmes de son, la ingesta d'aliments, les relacions sexuals, així com les familiars i socials.

Les persones que finalment necessiten ajuda biomèdica per poder realitzar el seu somni de convertir-se en mare i/o pare, no han de per què fer-ho soles, i sense cap informació al respecte, ja que en multitud d'ocasions aquest fet acaba generant ansietat, frustració i inclús neguit i rebuig (SEF, 2012).

Un dels drets fonamentals dels pacients en tractament de reproducció assistida, però en general en qualsevol tractament mèdic, és l'autonomia. La qual fa referència al dret del pacient a poder prendre decisions sobre la seva situació de vida, seguint els seus propis valors i creences. Aquest dret fonamental de l'autonomia del pacient, depèn de dos aspectes rellevants pel seu compliment. Per una banda, la facilitació d'informació per part dels professionals responsables, i per altra banda, l'ajuda psicològica en els casos que es contempli que pugui arribar a ser necessària i imprescindible (Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2015).

Com bé es comenta fins ara, la utilització de les tècniques de reproducció assistida, pot ocasionar efectes i riscos que els pacients han de conèixer. A part dels efectes psicològics i emocionals que poden patir els pacients durant aquest procés de reproducció, també existeixen efectes i conseqüències adverses relacionades amb els fetus o amb l'aparell reproductiu de la dona, que poden produir-se durant aquests tractaments i que també alteren i agreugen aquest estat emocional dels pacients. Per una banda, se sol associar la utilització de les TRA amb l'increment de les malformacions fetals, fet que com bé es comenta en el llibre "Treinta años de técnicas de reproducción asistida" (2015), no queda validat segons l'evidència científica provada a través d'estudis poblacionals. Per altra banda, sí que és cert que les tècniques de reproducció assistida augmenten els embarassos múltiples. Aquest fet és un efecte derivat de la seva utilització, el qual pot augmentar el risc de prematuritat del nadó, anomalies fetals o altres complicacions maternes. És cert que d'uns anys aquí, el percentatge d'embarassos múltiples derivats de les TRA ha declinat, però encara continua sent un aspecte rellevant a tenir en compte quan es realitzen aquests tipus de tractaments reproductius. Així mateix també poden produir-se tot i que

en baixos percentatges de probabilitat, el denominat Síndrome d'hiperestimulació ovàrica³, infeccions genitals, avortaments naturals o embarassos ectòpics⁴ (SEF, 2012).

2.7. Influència de l'acompanyament psicològic durant el procés de reproducció assistida

L'aplicació i desenvolupament d'aquests processos de reproducció assistida requereixen el treball conjunt i la col·laboració de diversos professionals com ginecòlegs, uròlegs, andròlegs, especialistes en tècniques de laboratori i per últim, però no menys importants, professionals de suport com psicòlegs/logues i infermers/es, ja que sol ser un recorregut llarg i costós emocionalment pels pacients, que requereix tot aquest treball multidisciplinari per garantir el seu benestar. Cal especificar, que la figura del psicòleg en centres o unitats reproductives no existeix sempre, és a dir, no és obligatòria, tot i que cada vegada és una cosa més habitual i necessària (SEF, 2012). Autors com Guerra (2007), Moreno-Rosset (2008) o Izzedin-Bouquet de Durán (2011), destaquen la importància i necessitat de la figura dels psicòlegs en aquests equips multidisciplinaris, durant els diagnòstics d'infertilitat i els processos de reproducció assistida i inclús un cop acabats aquests processos, ja que l'impacte que poden generar aquestes notícies i tractaments és tan gran, que es fa imprescindible aquesta presència i una atenció centrada en el pacient.

És important poder conèixer i tenir en compte aquests possibles factors emocionals i psicològics dels pacients abans d'iniciar el tractament de reproducció assistida, és a dir, quan també es dur a terme l'estudi d'infertilitat, per tal de contemplar aquestes possibles variables durant el tractament i poder oferir un suport i ajuda més personalitzats, ajustats i individualitzats, reduint així aquest malestar i impacte emocional que poden patir els pacients derivats del tractament (Domar et al., 2000). En definitiva el que interessa, és mitjançant aquest acompanyament i suport psicològic poder dotar als pacients, d'estratègies i eines, per poder fer front a aquestes emocions i sentiments (moltes vegades adversos), que poden aflorar durant un procés de reproducció assistida. Per tal que al final puguin tenir una bona vivència i record d'aquest tractament que els permetrà poder arribar a fer realitat el seu somni de convertir-se en mare o pare.

³ Aquest es dona quan apareix una resposta excessiva al tractament d'estimulació ovàrica, fent aparèixer en situacions molt extremes grans quantitats de líquid a l'abdomen i al tòrax, i produint també alteracions sanguínies i renals.

⁴ Aquests embarassos es caracteritzen per produir-se fora de l'úter de la dona i per tant són inviàbles.

Així doncs, existeixen diversos qüestionaris i proves que poden ajudar a comprovar i identificar possibles patologies o efectes emocionals derivats d'aquests tractaments reproductius, com per exemple el “Cuestionario de ajuste psicológico en infertilidad” (CAPI; Llavona y Mora, 2002), “Inventario de problemas psicológicos en infertilidad” (IPPI; Llavona y Mora, 2006) o el DERA; “Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad” (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera, i Flores, 2008). Un aspecte important a ressaltar i tenir clar, és el fet de comunicar amb claredat i transparència als pacients, que la utilització de proves com aquestes, és només per garantir el seu benestar i tenir més informació sobre les seves necessitats, així com per fer-los saber que si en algun determinat moment afloren estats d'ànims, sentiments o símptomes adversos, poden disposar d'un suport i acompanyament psicològic professional si així ho estimen.

En algunes ocasions els pacients consideren, perquè realment així ho creuen o per por que se'ls hi denegui l'accés al tractament, que són capaços d'afrontar per si sols aquests problemes emocionals derivats d'aquests processos reproductius. En aquest sentit, Fundació Víctor Grífols i Lucas (2015), exposa la necessitat i el fet essencial que els pacients que es troben sota aquests tractaments reproductius, rebin assessorament envers les possibles conseqüències, repercussions psicològiques, efectes emocionals, etc. que aquests tractaments poden arribar a produir en ells. Aquest assessorament i acompanyament als pacients, no és només tasca del metge, sinó que resulta imprescindible que tots els professionals que integren els equips de reproducció assistida en els centres especialitzats en reproducció o en les unitats reproductives, desenvolupin i treballin les seves habilitats socials. Per tal de garantir aquest suport als pacients envers les possibles adversitats i dificultats que puguin sorgir durant el desenvolupament dels processos reproductius.

Per tant la intervenció del psicòleg en les unitats o centres de reproducció assistida hauria d'anar enfocada a abordar dues trajectòries. Per una banda, oferint assessorament i informació als professionals (metges, infermeres, etc.), per tal que aquests tinguin una percepció clara de la manera com abordar el tema amb els pacients i les formes més adequades per poder-ho fer. Garantint així aquesta satisfacció dels pacients i aquest vincle de confiança que es crea entre el professional i els pacients. I per altra banda, oferint ajuda i assessorament als pacients que acudeixen a aquests centres o unitats reproductives per algun tipus de problema o anomalia que els dificulta la fecundació. L'ajuda dirigida als

pacients per part del psicòleg, hauria de tractar temes com assegurar-se que els pacients han entès la informació rebuda pels professionals del centre, i que han fet una bona interiorització d'aquesta, així com ajudar-los a desenvolupar estratègies que els puguin ser útils durant tot el desenvolupament del procés reproductiu, per exemple estratègies de relaxació per fer front a pensaments i emocions negatives, estratègies de comunicació per demanar dubtes i qüestions que els amoïnin durant el procés, etc. (Moreno-Rosset et al., 2009).

Tot i que es reconeix el benefici que pot generar aquest acompanyament psicològic durant els processos de reproducció assistida, cal especificar que encara no existeixen lleis que obliguin i regulin aquesta situació o necessitat de rebre suport psicològic durant els processos de reproducció, ni a Espanya ni a Europa (Rooney i Domar, 2018).

En el transcurs dels anys i tot i la rellevància dels factors emocionals relacionats amb la infertilitat i tot el que aquesta comporta, són pocs els estudis dirigits a conèixer i investigar el benefici de l'acompanyament i dels tractaments psicològics en persones amb infertilitat. En concret, segons s'exposa en el llibre "Treinta años de técnicas de reproducción asistida" de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (2015), només es coneixen 29 estudis els quals s'han dedicat a investigar l'eficàcia de la intervenció psicològica en la infertilitat. Gràcies a aquests estudis i també al treball diari en els centres i clíniques de reproducció assistida, ha evolucionat un model general d'assistència, en el qual s'utilitzen majoritàriament tècniques cognitiu-conductuals per abordar dificultats de reproducció en programes de psicologia reproductiva. Segons Guerra Díaz i Tirado Carrillo, 2010 citat per Fundació Víctor Grífols i Lucas (2015), mitjançant aquestes tècniques conductuals, es pot arribar a aconseguir disminuir els nivells d'estrès, ansietat, depressió que presenten els pacients que se sotmeten aquests tractaments de reproducció assistida, així com augmentar la seva sensació de benestar i grau de satisfacció. Així mateix, a partir d'aquest acompanyament i intervenció psicològica, també es redueixen els abandonaments dels tractaments, i s'aconsegueix una millor adherència al tractament (Domar et al., 2000).

3. MARC METODOLÒGIC

3.1. Objectius i hipòtesis

- Objectiu general:

Conèixer quin impacte emocional ha suposat per a dones espanyoles el fet de sotmetre's a un procés de reproducció assistida en els últims 5 anys i conèixer quines propostes d'intervenció es plantegen en els centres de reproducció assistida per millorar aquesta experiència emocional.

- Objectius específics:

1. **Descriure** quins efectes emocionals poden generar-se del procés de reproducció assistida en les pacients, segons les opinions de les dones que ho experimenten, i dels professionals que hi treballen.
2. **Identificar** si existeixen coincidències sobre aquests efectes emocionals que poden generar-se en el procés de reproducció assistida en les dones, segons l'opinió de pacients i professionals.
3. **Valorar** si els recursos organitzatius i professionals del centre de reproducció assistida incideixen en la intervenció d'aquests efectes emocionals esmentats.

- Hipòtesis directrius:

Referent a l'objectiu general es plantegen les següents hipòtesis:

- ➔ Hipòtesis 1: Els processos de reproducció assistida generen un impacte emocional advers en les dones que els experimenten.
- ➔ Hipòtesis 2: La intervenció del/la psicòleg/a durant aquests processos reproductius pot ajudar a millorar l'experiència emocional de les dones.

De l'objectiu específic 1 es genera la següent hipòtesi:

- ➔ Hipòtesi objectiu específic 1: Dones i professionals identificaran factors emocionals (estrès, ansietat i/o incertesa) semblants derivats dels processos de reproducció assistida que afecten a les pacients que s'hi sotmeten.

Així mateix de l'objectiu específic 2 sorgeix la següent hipòtesi:

- ➔ Hipòtesi objectiu específic 2: Els factors emocionals identificats per professionals i dones no presentaran diferències entre ells.

Finalment la hipòtesi plantejada per l'objectiu específic 3 és la següent:

→ Hipòtesis objectiu específic 3: Els recursos organitzatius i professionals del centre són ineficients en la intervenció envers els efectes emocionals viscuts per les dones durant els processos de reproducció assistida.

3.2. Metodologia

3.2.1. Disseny de la investigació

El tipus de disseny utilitzat en la present investigació ha set un disseny d'investigació qualitatiu no experimental, ja que no es manipula cap variable ni es busca una relació causal, en concret es proposa un **estudi de casos múltiples**. En aquest cas s'ha optat per un estudi de casos múltiples, ja que a partir d'aquest es podrà copsar l'experiència subjectiva de manera verbal de les pacients que han passat per un procés de reproducció assistida, d'una manera més profunda que no es podria aconseguir amb altres metodologies d'estudi. En cap cas els resultats seran extrapolables, ni generalitzables a altres casos, ni contextos.

3.2.2. Criteris d'inclusió i exclusió

Els criteris de selecció i/o inclusió de la mostra s'han realitzat pensant a poder tenir el màxim d'informació possible sobre la problemàtica plantejada, ja que és important poder arribar a obtenir una heterogeneïtat dels agents implicats per a poder parlar amb més convicció i fermesa sobre el tema plantejat. A continuació es detallen aquests criteris d'inclusió i també els criteris d'exclusió que s'han fet servir per seleccionar la mostra de la present investigació.

- **Criteris d'inclusió:**

Haver experimentat un procés de reproducció assistida en els últims 5 anys.

Professionals psicòlegs de l'àmbit reproductiu.

Donar el seu vistiplau per participar i signar el consentiment informat.

Persones amb ple ús de les seves facultats i amb voluntat de participar en la investigació.

- **Criteris d'exclusió:**

Persones que hagin tingut fills de forma convencional.

Professionals psicòlegs d'altres àmbits.

Persones que no hagin acceptat signar el consentiment informat.

Patir altres malalties mèdiques i/o psicològiques que puguin afectar el seu estat emocional.

3.2.3. Mostra

La mostra d'aquesta investigació, està composta per una banda, per 4 dones⁵ adultes espanyoles, que han experimentat un procés de reproducció assistida en els últims 5 anys. La seva mitjana d'edat és de 33,5 anys. Per altra banda, també formen part de la mostra 2 psicòlegs de l'àmbit reproductiu, per tal de tenir en compte aquesta altra visió de la casuística i saber que persegueixen ells amb l'acompanyament durant aquest procés de reproducció assistida i les mancances amb les quals es troben a l'hora d'utilitzar les intervencions plantejades als centres de reproducció. Cal esmentar que totes les persones que conformen aquesta mostra, han participat en la investigació de manera voluntària. El mostreig en aquest cas ha set no probabilístic a propòsit, ja que l'instrument de recollida de dades s'ha realitzat a persones escollides que complien els determinats criteris d'inclusió esmentats anteriorment i per tant, no tota la població tenia oportunitat de formar part d'aquesta mostra.

Per tal de distingir i conèixer el perfil dels participants s'ha dissenyat la taula 1, (veieu annex 3), on s'especifiquen les dades personals bàsiques dels entrevistats, però sempre mantenint en l'anonimat i respectant la confidencialitat de la persona, ja que totes les entrevistes s'han dut a terme amb el previ consentiment informat de la persona.

3.2.4. Descripció de l'instrument de mesura

Pel que fa a l'elecció de l'instrument de recollida de dades, aquesta s'ha realitzat tenint present els objectius de la recerca, així com el tipus d'informació necessària a recollir per a poder donar resposta a les hipòtesis plantejades sobre la base dels objectius. En aquesta investigació es proposa la utilització de l'instrument de l'entrevista, per dur a terme la recollida de dades envers l'experiència emocional viscuda per part de les dones durant un procés de reproducció assistida. Més concretament s'utilitzen **entrevistes semiestructurades** d'elaboració pròpia, ja que aquestes permetran obtenir informació rellevant d'una manera més oberta, amb més matisos, permeten així entrellaçar temes i opinions que puguin anar sorgint durant la realització d'aquestes i construir un

⁵ Diversos estudis han evidenciat que l'impacte emocional que generen els tractaments de reproducció assistida, és més elevat en dones que en homes, i per això la mostra està composta bàsicament per dones.

coneixement més holístic i comprensiu de la realitat i experiència emocional viscuda envers el procés de reproducció assistida. En definitiva, realitzant aquestes entrevistes es pretén conèixer quina ha sigut l'experiència i quin ha estat l'impacte emocional d'aquestes dones durant un procés de reproducció assistida i quina ajuda hagueren necessitat durant aquesta experiència. Així mateix, amb l'entrevista realitzada als psicòlegs de l'àmbit reproductiu, es pretén tenir una visió holística envers que persegueixen ells amb l'acompanyament durant aquest procés de reproducció assistida, quina és aquesta experiència emocional que viuen les pacients segons ells i quines intervencions es plantegen als centres per a poder millorar aquestes experiències, comparant així els resultats extrets de les dues parts.

En total tant l'entrevista dirigida a les pacients, com l'entrevista dirigida als psicòlegs professionals de l'àmbit reproductiu, estan compostes per 15 preguntes, a part de les 5 preguntes inicials. Per una banda, en la primera part de l'entrevista, se'ls demanava per qüestions més personals i bàsiques, (estudis, lloc de naixement, edat, etc.), i per altra banda, la resta de preguntes es van organitzar per blocs temàtics, per tal d'abordar una millor recollida de dades. Aquests blocs es divideixen en: a) Vivències de la reproducció assistida i del tractament, b) Aspectes afectius i emocionals i c) Valoracions diverses.

3.2.5. Procediment i anàlisi de dades

Un cop escollit l'instrument de recollida de dades, es va procedir a cercar a la població que complís amb els criteris d'inclusió necessaris per dur a terme la investigació i descrits anteriorment. Afegir que un principi a part de les 4 pacients seleccionades, també es van cercar 4 psicòlegs de l'àmbit reproductiu per tal que participessin en la investigació, però que finalment només 2 d'aquests psicòlegs van participar. Un d'ells es va descartar perquè no complia els criteris d'inclusió establerts, i l'altre finalment no va poder participar. Comentar que la recollida de dades s'ha dut a terme a través d'entrevistes semiestructurades com bé es comenta en l'apartat anterior del present treball, les quals es mostren en l'annex. Totes les entrevistes excepte una, es van realitzar de forma individual i a partir de videotrucades a través de la plataforma ZOOM, donada la present situació de pandèmia a conseqüència de la COVID-19. L'entrevista que no es va realitzar de forma online, es va dur a terme de manera presencial a casa de la dona entrevistada, donada la proximitat amb l'estudiant i la coneixença, tot i això també es va realitzar de manera individual i amb les mesures de seguretat pertinents (distància i mascareta).

Afegir que la recollida de dades es va dur a terme durant els mesos de Gener i Febrer.

Totes les entrevistes van ser gravades amb el consentiment previ de la persona entrevistada i, posteriorment transcrites per facilitar la recollida i l'anàlisi de les dades i l'extracció de resultats, així com per poder dur a terme la discussió d'aquest treball. Comentar que per dur a terme les entrevistes es van seguir i tenir en compte, una sèrie de passos repartits en tres fases; la introducció, el cos i la colenda:

Introducció:

- Presentació de l'entrevistador i institució de recerca.
- Explicació de la recerca i objectius.
- Explicació del perquè ha estat triada la persona entrevistada.
- Recordatori del consentiment informat, confidencialitat i anonimat de les dades i de la persona.
- Transmissió de la importància de donar respostes honestes i completes.
- Autorització per gravar, explicar per què és necessari i el seu ús.
- Iniciació amb preguntes descriptives: sobre dades demogràfiques i personals de l'entrevistat (preguntes tancades, fàcils de contestar per començar), que proporcionin un clima agradable i acollidor per establir un bon rapport.

Cos:

- Continuar generant un clima de comoditat i confiança, facilitar que l'entrevistat s'expressi lliurement, mostrant una actitud d'interès, cordialitat i respecte, no qüestionar les opinions de la persona entrevistada, mostrar-se neutral, mostrar que totes les idees són vàlides.
- Emprar tècniques per profunditzar i comprendre com refer la pregunta, o comentar la seva resposta.
- Deixar fluir la conversa.
- Estar pendent de les preguntes del guió, però atendre les que sorgeixen.
- Revisar que s'han respost els temes plantejats (no necessàriament mantenint l'ordre).
- Atenció latent: tenir en compte el temps i temes.

Cloenda:

- Espai per comentaris o suggeriments de l'entrevistat.
- Agrair i destacar la importància de la participació, de les respostes i el seu ús per la recerca.
- Plantejar i pensar una resposta no compromesa com a retorn momentani, quan l'entrevistat vol un retorn de la informació instantani.
- Anticipar-se i donar les gràcies i comentar que es trigarà uns dies a analitzar la informació i que si ho desitja se li farà arribar una còpia del treball un cop finalitzat.

Així com en la taula 1 es recullen les dades personals dels entrevistats, en la taula 2 (veieu annex 4), s'especifiquen i registren de manera cronològica les informacions referents a les entrevistes realitzades als participants, detallant assistents presents, dia, hora, lloc i duració d'aquestes.

Pel que fa al procediment d'anàlisi de dades en aquest cas, i tenint en compte que es treballa amb una metodologia qualitativa, s'ha basat en un procés de transcripció literal de les dades recollides a partir de les diverses entrevistes semiestructurades realitzades, respectant en tot moment la confidencialitat dels participants i fent ús d'un llenguatge clau. Tenint en compte que seria un volum important d'informació i que comportaria més temps per poder-ho analitzar, va ser molt important poder codificar les respostes obtingudes en les diverses entrevistes semiestructurades una vegada fet el procés de transcripció, per tal de comprovar la qualitat de les dades i treballar només amb aquelles que eren rellevants, comprensibles, verificables i exactes (Riba, 2007; Anguera, 2008).

D'aquesta manera es varen poder identificar idees o conceptes claus que van anar apareixent i per tant, tot un volum d'informació relacionada es va poder categoritzar dins una determinada categoria. En aquest moment es va treballar consultant la teoria recollida en la investigació, és a dir, es treballa de la teoria a les dades i de les dades a la teoria, per a poder recolzar i consolidar aquests aspectes claus recollits. Un cop codificada i classificada en categories, es va dur a terme un procés de comptabilitzar aquestes categories en taules en les quals s'expressa i queda recollit el repartiment i l'impacte d'aquestes categories al llarg de la investigació. Això va permetre extreure conclusions i fer possible els resultats i la discussió amb els elements teòrics, donant resposta a les hipòtesis plantejades en l'inici del treball.

3.2.6. Aspectes ètics de la investigació

Tots aquests instruments d'investigació han set utilitzats amb el previ consentiment informat (veieu annex 1) de la persona, sempre mantenint en l'anonimat i respectant la confidencialitat de la persona participant. Aquest consentiment s'ha sol·licitat abans de l'inici de les diverses entrevistes semiestructurades. En aquest, s'especifica que la informació sol·licitada té com a finalitat exclusiva la realització d'aquest estudi i que no es farà un mal ús d'ella, a més s'afegeix verbalment que si l'entrevistat ho volgués, es faria un retorn dels resultats obtinguts en aquesta recerca. Així mateix, a part d'explicar-li a la persona participant els objectius de la investigació, també se li va comentar el seu dret de poder retirar-se de l'entrevista quan volgués i de no respondre a alguna qüestió si així ho considerava, així com facilitar-li el contacte amb la persona responsable de la investigació a la qual adreçar-se per clarificar dubtes o altres qüestions. En tots els casos s'ha mostrat i mantingut una actitud empàtica, oberta i flexible de cara als participants de la investigació, ja que encara que es treballa sobre uns temes i qüestions específics, sempre s'ha deixat un marge per a poder aportar aspectes i qüestions que siguin rellevants per a la recerca. A més, també s'especifica que l'estudiant es compromet a no enganyar amb els resultats i amb la informació obtinguda i sobretot a mantenir una honestedat al respecte, garantint així la validesa de les dades i dels resultats obtinguts en la investigació.

3.2.7. Temporització

A continuació es presenta una taula detallada en la qual s'expressa la temporització de les tasques dutes a terme durant el disseny i desenvolupament de la investigació, repartides per setmanes en el seu corresponent mes de l'any (2020/2021).

TEMPORITZACIÓ																												
	NOVEMBRE				DESEMBRE				GENER				FEBRER				MARÇ				ABRIL				MAIG			
Setmana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Tasca 1																												
Tasca 2																												
Tasca 3																												
Tasca 4																												
Tasca 5																												
Tasca 6																												
Tasca 7																												
Tasca 8																												
Tasca 9																												
Tasca 10																												
Tasca 11																												
Tasca 12																												
Tasca 13																												
Tasca 14																												
Tasca 15																												
Tasca 16																												
Tasca 17																												
TASQUES/ACCIONS A DUR A TERME																												
1.Delimitació dels objectius i la pregunta de recerca. 2.Recerca bibliogràfica i elaboració del marc teòric conceptual. 3.Elecció i decisions de la metodologia. 4.Selecció de la mostra. 5.Elaboració de l'instrument de recollida de dades. 6.Preparació de la recollida de dades i contacte amb les entitats i persones col·laboradores (lliurament del consentiment informat). 7.Administració de l'instrument. 8.Recollida de dades i del consentiment informat. 9.Anàlisi i interpretació de les dades.												10.Creació de la bibliografia. 11. Anàlisi i redacció dels resultats. 12.Elaboració de la discussió. 13.Redacció de les conclusions. 14.Redacció de les limitacions i millores de continuïtat. 15.Elaboració de l'informe final de TFG. 16.Repàs de l'informe, canvis finals en el títol i altres apartats i redacció de l'abstract/resum. 17.Lliurament de l'informe definitiu. Preparació de l'exposició i defensa oral del TFG.																

3.3. Resultats

Al present estudi, tal com s'ha esmentat anteriorment, han participat 6 persones, de les quals 4 han set dones que han experimentat un procés de reproducció assistida en els últims 5 anys, i 2 han set psicòlegs de l'àmbit reproductiu. A continuació s'exposen els resultats, en els quals per una banda, es presenten les variables sociodemogràfiques de les preguntes inicials de les entrevistes, i per altra banda, a partir d'una anàlisi del contingut de les respostes dels participants, se sintetitzen els resultats dels tres blocs semàntics de les entrevistes semiestructurades a partir de taules on es recullen les diverses categories establertes. Així mateix, en els annexos es presenten unes taules complementàries, en les quals es destaquen els aspectes més rellevants dels diferents blocs fent una petita síntesi de cada pregunta. Primerament es presenten els resultats obtinguts en les entrevistes realitzades a les pacients, i seguidament els resultats extrets de les entrevistes a les psicòlogues de l'àmbit reproductiu.

Resultats de les entrevistes dirigides a les pacients:

A continuació es presenten els resultats obtinguts en referència a les dades sociodemogràfiques i d'interès extrets en les preguntes inicials de les diverses entrevistes realitzades a les pacients:

➤ Preguntes inicials:

1. Quina edat tens?

En aquest cas les pacients es troben en una franja d'edat d'entre 25 i 40 anys, una de les pacients (25%) es troba en la franja d'edat d'entre 25 i 30 anys, 2 de les pacients (50%) es troben entre 31 i 35 anys, i per últim 1 pacient (25%) es troba en la franja d'edat d'entre 36 i 40 anys.

2. Quin és el lloc de naixement i de residència?

La pacient 1 va néixer a Gurb, i actualment viu a Borgonya, la pacient 2 va néixer a València, i actualment viu a Alcira, la pacient 3 va néixer a Santiago de Compostela, i actualment viu a Pontevedra i finalment, la pacient 4 va néixer a València, i actualment viu a Madrid.

3.Estat civil i de convivència?

En relació amb l'estat civil i de convivència, totes les pacients menys la pacient 4 tenen com estat civil soltera, la pacient 4 està casada, i totes les pacients excloent la pacient 1 viuen amb parella, la pacient 1 viu sola.

4.Quins estudis has realitzat?

Pel que fa al nivell d'estudis, en aquest cas 2 de les pacients (50%) tenen estudis no universitaris, concretament la pacient 1 té un Cicle Formatiu de Grau Mitjà (CFGM) d'auxiliar d'infermeria, i la pacient 2 té un Cicle Formatiu de Grau Superior (CFGS) de tècnic d'imatge pel diagnòstic i medicina. I les altres 2 pacients (50%) sí que tenen estudis universitaris, en concret la pacient 3 és llicenciada en comunicació i audiovisual i la pacient 4 és llicenciada en traducció i interpretació d'idiomes, i a més té dos màsters; un en comerç internacional i l'altre de traducció medicosanitària.

5.Quina ha estat la teva trajectòria professional fins a l'actualitat (breument)?

La pacient 1 ha treballat i treballa d'auxiliar d'infermeria en residències i hospitals, la pacient 2 actualment es troba immersa en un projecte d'obrir una botiga online de roba de nadó. Pel que fa a la pacient 3, aquesta és autònoma des del 2017, i treballa fent col·laboracions amb diferents marques referents a dissenys de pàgines web i creació i gestió de contingut per xarxes socials i finalment, la pacient 4 va començar treballant de traductora, però actualment treballa per a una consultora d'IT (informàtica internacional) en projectes de fidelització de clients i suport d'aplicacions.

A continuació es presenten els resultats extrets de les diverses preguntes de l'entrevista, classificats en cadascun dels blocs temàtics als quals pertanyen i sent categoritzats segons la resposta obtinguda de les pacients.

➤ BLOC 1:

a) Vivències de la reproducció assistida i del tractament:

-Pregunta: 1.Creus que és important parlar sobre la reproducció assistida i tots els seus efectes? Per què? Et resulta còmode i fàcil parlar del tema?

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Sí. Aprenentatge.
Pacient 2	Sí. Alliberament.
Pacient 3	Sí. Tabú.
Pacient 4	Sí. Tabú.

-Pregunta: **2. Quin paper té avui en dia en la nostra societat la reproducció assistida i que ha suposat per a la població i més concretament, per tu?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Positiu, alternativa i oportunitat.
Pacient 2	Positiu, alternativa i oportunitat.
Pacient 3	Positiu, alternativa, oportunitat, <i>shock</i> i autoconeixement.
Pacient 4	Positiu, alternativa, oportunitat, <i>shock</i> .

-Pregunta: **3. Com vas detectar que hi havia alguna dificultat a l'hora de tenir fills de forma convencional? Explica la teva trajectòria reproductiva.**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	No existeix problema (mare soltera per elecció).
Pacient 2	Visites mèdiques, baixa reserva ovàrica i mala mobilitat de l'esperma.
Pacient 3	Visites mèdiques, amb altres afectacions de salut i emocionals incloses i baixa reserva ovàrica.
Pacient 4	Visites mèdiques, amb previ avortament, baixa qualitat de l'esperma i malformació uterina.

-Pregunta: **4. Com vas prendre en aquell moment la decisió d'optar per un procés de reproducció assistida i qui et va ajudar?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Independent, sense ajuda i per la via privada.
Pacient 2	Independent, sense ajuda i per la via privada.
Pacient 3	Independent, amb ajuda familiar i per la via privada.

Pacient 4	Independent, amb ajuda familiar i per la via privada.
------------------	---

-Pregunta: **5.Com a dona com vas viure el fet de saber que hauries de necessitar d'aquest tipus de tècniques de reproducció assistida per a poder optar a tenir fills?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Normalitat.
Pacient 2	Inconvenient.
Pacient 3	<i>Shock</i> i culpabilitat.
Pacient 4	<i>Shock</i> .

➤ **BLOC 2:**

b) Aspectes afectius i emocionals:

-Pregunta: **6.Com recordes la primera consulta/visita amb l'especialista? Quins sentiments i emocions van predominar en aquell moment?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Emotiva, realista i positiva.
Pacient 2	Emotiva, desconeguda i negativa.
Pacient 3	Emotiva, esperançadora i negativa.
Pacient 4	Emotiva, impactant i negativa.

-Pregunta: **7.Quin tipus de tractament et van fer? Quin control i seguiment van realitzar els professionals mèdics d'aquest procés?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Inseminació Artificial amb semen de donant (IAD), mèdic i psicològic.
Pacient 2	Fecundació In Vitro (FIV), mèdic.
Pacient 3	Fecundació In Vitro (FIV), mèdic.
Pacient 4	Fecundació In Vitro (FIV) i altres operacions mèdiques. Mèdic.

-Pregunta: **8.**Només es feia un seguiment i control envers l'èxit de fecundació o també hi havia moments en els quals es tractava o parlava de com estaves tu durant tot aquest procés?

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Sí.
Pacient 2	No.
Pacient 3	Sí.
Pacient 4	No.

-Pregunta: **9.**Una vegada iniciat el tractament quin acompanyament o ajuda vas rebre tu (i la teva parella) durant tot aquest procés? Ja sigui per part del centre reproductiu o per amics i familiars o altres.

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Familiar i professional.
Pacient 2	Familiar.
Pacient 3	Familiar i amestat.
Pacient 4	Familiar.

-Pregunta: **10.**Quin tipus d'ajuda hagueres necessitat en aquell moment i consideres que hauria d'existir durant el procés de reproducció assistida per tal de millorar aquesta experiència?

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Cap. Familiar i professional (psicològica).
Pacient 2	Del centre. Grups de suport i professional (psicològica).
Pacient 3	Cap. Familiar i professional (psicològica).
Pacient 4	Del centre. Professional (psicològica).

-Pregunta: **11.**Que destacaries com més dur durant aquest procés? Per contra quin moment recordes amb més alegria, o el qual fos més fàcil d'experimentar durant el tractament?

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Espera i informació. Test d'embaràs i ecografies.
Pacient 2	Tornar a començar el procés.
Pacient 3	Puncions ovàriques negatives i hormones. Procés reproductiu.
Pacient 4	Avortament. Estimulació ovàrica.

➤ **BLOC 3:**

c) Valoracions diverses:

-Pregunta: **12. Què és el que més destaqués dels elements (professionals, informació rebuda, procediments, protocols, instal·lacions, recolzament, etc.) de la reproducció assistida que han estat present durant aquest procés reproductiu que has hagut de viure?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Instal·lacions, tracte personal i experiència positiva.
Pacient 2	Informació rebuda, tracte personal i experiència fluctuant.
Pacient 3	Instal·lacions, informació rebuda, tracte personal i experiència positiva.
Pacient 4	Informació rebuda, tracte personal, protocols i experiència positiva.

-Pregunta: **13. Quins consells o quines paraules compartiries amb una dona o parella que està a l'inici d'aquest procés i que haurà de passar per la situació i experiència que tu ja has viscut?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Esperança, confiança i energia.
Pacient 2	Paciència i realitat.
Pacient 3	Importància de la clínica i de demanar ajuda psicologia.
Pacient 4	Seguretat, confiança i realitat.

-Pregunta: 14. En el teu cas, existia la figura del psicòleg en el teu centre de reproducció? Vas necessitar en algun moment aquest suport? Consideres que hauria d'existir la figura del psicòleg dins dels centres de reproducció assistida? O amb la xarxa de professionals sanitaris que conformen els centres de reproducció assistida, ja és suficient?

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Sí. Suport psicològic intern. Imprescindible.
Pacient 2	No. Suport psicològic extern. Imprescindible.
Pacient 3	No. Suport per altres vies. Imprescindible.
Pacient 4	Sí. Suport psicològic extern. Imprescindible

-Pregunta: 15. T'agradaria explicar alguna anècdota o afegir alguna cosa més?

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Pacient 1	Conseqüències físiques i emocionals de l'embaràs.
Pacient 2	Vida i efectes després del procés de reproducció i efectes en la parella.
Pacient 3	Inestabilitat emocional del procés, efectes en la parella i importància del benestar emocional.
Pacient 4	Canvis emocionals a causa del procés reproductiu i efectes en la parella. Agraïment i importància de visibilitzar el tema.

Resultats de les entrevistes dirigides als psicòlegs professionals:

A continuació es presenten els resultats obtinguts en referència a les dades sociodemogràfiques i d'interès extrets en les preguntes inicials de l'entrevista dirigida als psicòlegs de l'àmbit reproductiu:

➤ Preguntes inicials:

1. Quina edat tens?

En aquest cas les psicòlogues entrevistades es troben en una franja d'edat d'entre 26 i 34 anys, sent la seva mitjana d'edat de 30 anys.

2.Quin és el lloc de naixement i de residència?

La psicòloga 1 va néixer a Múrcia, i actualment viu a Múrcia, i la psicòloga 2 va néixer a Manresa i actualment viu a Barcelona.

3.Estat civil i de convivència?

L'estat civil de les dues psicòlogues entrevistades és soltera, i pel que fa a l'estat de convivència, la psicòloga 1 viu sola amb el seu gos, i la psicòloga 2 viu amb la seva parella.

4.Quins estudis has realitzat?

Pel que fa al nivell d'estudis, en aquest cas les dues psicòlogues tenen estudis universitaris de Psicologia, i a més compten amb algun màster. Per una banda, La psicòloga 1 té un màster en logopèdia, màster en psicologia infantil i juvenil i finalment màster en reproducció assistida, a més de formació en atenció primerenca i desenvolupament infantil. Per altra banda, la psicòloga 2 té el màster general sanitari, màster de teràpia de parella i sexualitat i per últim, màster en reproducció assistida.

5.Quina ha estat la teva trajectòria professional fins a l'actualitat (breument)?

En referència a la trajectòria professional, la psicòloga 1 va començar treballant en un centre d'atenció primerenca, però actualment treballa en una clínica de reproducció assistida privada i també en una associació de persones amb discapacitat. I la psicòloga 2 actualment treballa en un centre de teràpia familiar i de parella, i també en una clínica de reproducció assistida.

A continuació es presenten els resultats extrets de les diverses preguntes de l'entrevista, classificats en cadascun dels blocs temàtics als quals pertanyen i sent categoritzats segons la resposta obtinguda de les psicòlogues professionals de l'àmbit reproductiu.

➤ BLOC 1:

a) Vivències de la reproducció assistida i del tractament:

-Pregunta: 1. Que ha suposat per la nostra societat l'avenç en la reproducció assistida?

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Complexitat, ajuda i alternativa.
Psicòleg professional 2	Avenç positiu i alternativa.

-Pregunta: **2. Quin paper té avui en dia en la nostra societat el concepte de maternitat i de paternitat?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Tipologia de famílies. Evolució legal i social.
Psicòleg professional 2	Tipologia de famílies. Evolució social.

-Pregunta: **3. Quins són els principals motius (causes i factors de risc) que poden predisposar a una persona a sotmetre's a un tractament de reproducció assistida?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Multitud de factors genètics, ambientals i socials.
Psicòleg professional 2	Multitud de factors genètics, ambientals i socials. Sobretot en la dona.

-Pregunta: **4. Com es fa la detecció i el pronòstic de la impossibilitat de tenir fills de forma convencional? Quin és el tractament més comú? Quin seguiment de control es fa de la pacient durant el procés?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Estudi de la parella. Depèn de la parella i de la complexitat de la situació. Seguiment mèdic.
Psicòleg professional 2	Estudi de la parella. FIV i ovodonació. Seguiment mèdic.

➤ **BLOC 2:**

b) Aspectes afectius i emocionals:

-Pregunta: **5. Quins efectes psicològics o manifestacions emocionals poden sorgir en els pacients durant el procés de reproducció assistida?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Ansietat, estrès, depressió. Depèn de la persona.
Psicòleg professional 2	Ansietat, estrès, depressió, culpabilitat, responsabilitat, i afectació en la parella. Sobretot en dones.

-Pregunta: **6.Existeix alguna correlació entre un major impacte emocional durant el procés de reproducció assistida i l'èxit d'aquest? És a dir, consideres que pot tenir relació el fet que una dona pugui tenir més o menys èxit reproductiu durant aquest procés, si aquesta experimenta un impacte emocional negatiu?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Sí. Relació cos i ment.
Psicòleg professional 2	Sí. Importància dels donants.

-Pregunta: **7.Quin tipus de suport o acompanyament realitzeu com a professionals des dels centres de reproducció assistida als pacients que hi acudeixen? Que persegueix amb aquest acompanyament, que voleu aconseguir? Abordatge psicològic i tècniques que utilitzeu.**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Personal i de parella. Cognitiu conductual i EMDR ⁶ . Han de demanar el servei als pacients.
Psicòleg professional 2	Personal i de parella. Ajudes puntuals. S'ofereix el servei a partir d'una primera visita gratuïta.

-Pregunta: **8.Amb quines mancances, necessitats, demandes, peticions, etc. us trobeu durant aquest acompanyament a les parelles o dones que se sotmeten a un procés de reproducció assistida?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Educació incorrecta envers la reproducció, expectatives dels pacients i incertesa.

⁶ Sigles que fan referència en anglès a la teràpia *Eye Movement Desensibilization and Reprocessing*.

Psicòleg professional 2	Falta de temps i d'espai per parlar i abordar les emocions. Grup d'acompanyament.
--------------------------------	---

-Pregunta: **9. Quina influència o canvi pot suposar pels pacients el fet de poder tenir un acompanyament psicològic durant el procés de reproducció assistida?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Depèn de la persona i/o parella.
Psicòleg professional 2	Abandonament i adherència al tractament.

-Pregunta: **10. Consideres que el fet de conèixer la vivència dels pacients que se sotmeten a un procés de reproducció assistida i com els professionals són o no una font de suport emocional, pot ajudar a millorar aquestes experiències i vivències dels pacients i a l'hora a millorar els recursos i les tècniques utilitzades en els centres de reproducció assistida?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Essencial. Humanitzar el procés.
Psicòleg professional 2	Essencial. Precaució i educació.

➤ **BLOC 3:**

c) Valoracions diverses:

-Pregunta: **11. Com a psicòleg present en un centre reproductiu, consideres que hauria d'existir la figura del psicòleg dins de tots els centres de reproducció assistida? O amb la xarxa de professionals sanitaris que conformen els centres de reproducció assistida, ja és suficient?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Sí. Treball complementari i enriquidor.
Psicòleg professional 2	Sí. Important en tema de donacions.

-Pregunta: **12. Alguna vegada has parlat amb companys del treball o del mateix àmbit sobre la importància o no de treballar i abordar aquest tema de l'impacte emocional que pateixen els pacients?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Sí, fonamental. Treball en equip.
Psicòleg professional 2	Sí, important per la societat. Acompanyament.

-Pregunta: **13. Que proposaries per millorar les situacions i experiències emocionals dels pacients que se sotmeten aquest tipus de tractaments reproductius? Quin paper tindria el psicòleg en tot això?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Formació específica dels professionals del centre. Humanització de la medicina.
Psicòleg professional 2	Preus assequibles i raonables del servei psicològic. Tallers explicatius o de gestió de les emocions.

-Pregunta: **14. Com gestiones tot el còctel emocional que pot produir una feina com la que es desenvolupa en un centre de reproducció assistida? Vivència personal treballant en l'àmbit reproductiu.**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Teràpia i autocuidado.
Psicòleg professional 2	Recolzament de la parella.

-Pregunta: **15. T'agradaria explicar alguna anècdota o afegir alguna cosa més?**

<u>Participants</u>	<u>Categoria</u>
Psicòleg professional 1	Educació preconcepcional i desinformació, seguiment de la fertilitat de l'home.
Psicòleg professional 2	Estat emocional de l'home.

3.4. Discussió

Referent a la discussió, i tenint en compte els resultats extrets del present treball, a continuació, es dona resposta a cadascuna de les hipòtesis plantejades inicialment a partir de l'objectiu general i dels tres objectius específics que se'n deriven. L'ordre de presentació de la discussió segueix doncs, l'ordre de les hipòtesis plantejades.

En relació amb la primera hipòtesi general plantejada, es pot observar que els resultats obtinguts en la present investigació tant en les entrevistes realitzades a les pacients com a les psicòlogues professionals de l'àmbit reproductiu, confirmen aquesta idea que les dones que se sotmeten aquest tipus de processos reproductius experimenten un impacte emocional advers. En concret, 3 de les 4 dones entrevistades van patir aquest impacte emocional advers durant el seu procés reproductiu, afectant la seva vida emocional, de parella i familiar. L'altra dona la qual no va experimentar aquest impacte emocional negatiu advers durant el procés reproductiu, podria ser degut pel fet que es trobava en una situació diferent a la resta de les entrevistades, ja que aquesta va escollir ser mare soltera per elecció pròpia i per tant no va rebre un diagnòstic d'infertilitat que condicionés la seva salut reproductiva. O bé, pel fet que va ser l'única de les 4 dones pacients entrevistades, que va rebre suport psicològic des de la clínica durant tot el procés reproductiu.

Amb referència a l'aparició d'aquest impacte emocional durant els processos de reproducció assistida i als resultats extrets al present treball, cal esmentar que l'OMS (2020), comenta que els problemes reproductius arriben a produir un veritable impacte emocional i social en les parelles o persones que els experimenten, però que sobretot són les dones les més afectades i les que experimenten aquest impacte emocional que acaba condicionant la seva qualitat de vida i el seu benestar emocional. Tanmateix Fundació Víctor Grífols i Lucas (2015), destaca l'impacte que pot tenir aquest procés de reproducció assistida en la vida de parella, afectant a aspectes com la comunicació, el suport o la vida sexual. Per últim, en relació amb aquesta primera hipòtesi general esmentada, tal com exposen Pérez i Barraca (2016), el fet de rebre un diagnòstic d'infertilitat amb tot el que això suposa, pot generar en les persones un impacte o *shock* emocional molt gran, ja que és com una muntanya russa d'emocions que els pacients van vivint durant el diagnòstic i el tractament reproductiu, fet que acaba afectant greument la seva salut emocional i psicològica. A partir de la informació que s'extreu de les entrevistes realitzades a les pacients i psicòlogues, es pot concloure que aquest impacte emocional en rebre la notícia de la dificultat reproductiva, pot ser degut al sistema de creences existent molt vinculat al fet que la dona té una funció reproductiva que ha de dur a terme, així com a la manca de coneixements i educació preconcepcional envers temes com la reproducció i la infertilitat. Per tant, el no poder dur a terme aquest procés de forma natural, acaba generant aquest malestar emocional i psicològic. Així doncs, aquesta primera hipòtesi general esmentada queda verificada, ja que la major part de la

mostra de dones entrevistades que s'han sotmet a un procés de reproducció assistida, han experimentat aquest impacte emocional negatiu durant el procés de reproducció assistida.

Respecte a la segona hipòtesi general plantejada, es pot afirmar que es compleix la hipòtesi, ja que a partir dels resultats obtinguts en el present treball s'ha pogut comprovar que l'única pacient que rebia suport psicològic des de la clínica reproductiva, va tenir millor experiència emocional que les altres tres que no en rebien. A més, d'aquestes tres dones les quals no van rebre suport psicològic des de la clínica de reproducció, dos van haver de buscar aquest suport i servei psicològic pel seu compte, és a dir, de forma externa i privada a la clínica per tal de millorar la seva salut mental i emocional. Cal esmentar que l'única dona que no va buscar aquest suport psicològic fora de la clínica i que tampoc el va rebre dins d'ella, va ser a causa que la seva mare era psicòloga i que ella ja li proporcionava aquest acompanyament i suport. Tanmateix la segona psicòloga entrevistada, destaca la importància que té aquest acompanyament psicològic durant els tractaments de reproducció assistida, sobretot en relació amb dos factors; per una banda, a l'èxit i millora del tractament i per altra banda, a l'adherència del tractament i la disminució d'abandonaments.

En la mateixa línia, autors com Guerra (2007), Moreno-Rosset (2008) o Izzedin-Bouquet de Durán (2011), destaquen la importància i necessitat d'aquest acompanyament psicològic durant el diagnòstic i els processos de reproducció assistida, així com un cop acabats aquests processos, ja que l'impacte i la càrrega emocional que se'n deriva és tan elevada, que es fa imprescindible aquest suport professional en alguns casos. Tal com expressa Domar et al. (2000), a partir d'aquest acompanyament es pretén dotar als pacients d'estratègies i eines per tal que puguin fer front a aquests sentiments i emocions adverses que poden sorgir a causa del procés reproductiu, minimitzant així el seu desgast emocional i el risc d'abandonament del tractament.

Pel que fa a la primera hipòtesi específica proposada, s'hi pot relacionar directament la segona hipòtesi específica plantejada. En aquest sentit a través dels resultats obtinguts en la present investigació, es pot observar que tant dones com professionals han identificat factors emocionals semblants derivats dels processos de reproducció assistida que afecten a les pacients que s'hi sotmeten, i per tant, aquests factors emocionals identificats no presenten diferències entre ells. Verificant d'aquesta manera les dues hipòtesis

específiques plantejades inicialment. Els factors emocionals identificats tant per dones com per professionals en les entrevistes realitzades han set els següents:

- ◆ Tristesa.
- ◆ *Shock* emocional.
- ◆ Nervis.
- ◆ Incertesa.
- ◆ Por.
- ◆ Altibaixos emocionals (muntanya russa d'emocions).
- ◆ Estigma social o judici de l'entorn que fa que es puguin sentir aïllats i sols.
- ◆ Estrès.
- ◆ Afectació en l'àmbit conjugal de parella.
- ◆ Ansietat.
- ◆ Depressió.
- ◆ Culpabilitat o responsabilitat.
- ◆ Part negativa emocionalment relacionada amb la falta d'empatia en el tracte dels professionals en algun cas.

Tots aquests factors emocionals coincideixen en gran part pels exposats per la SEF (2012), així com pels exposats en el llibre “Trenta años de técnicas de reproducción asistida”, per Diana Guerra (2015). Tanmateix, tal com comenten Moreno i Guerra (2007), al voltant del 25-65% dels pacients que se sotmeten a un procés de reproducció assistida, acaben generant en algun moment algun tipus d'alteració emocional com ansietat, depressió o culpabilitat, en correlació amb els resultats exposats en la present investigació.

Un últim factor emocional identificat és el dol, generat per diverses causes com el diagnòstic d'infertilitat, tractaments fallits o embarassos que han acabat en avortament. Aquesta experiència de dol, aniria en relació amb el que exposen Guerra i Tirado (2007), referent al fet que els pacients poden patir una transició emocional passant per les diverses etapes ja mencionades per l'autora Kübler-Ross (1969), tot i que en aquest cas s'hi afegeix una nova i última etapa. Per tant, les etapes per les quals acaben passant els pacients que pateixen un dol durant els tractaments de reproducció assistida segons els resultats extrets en la present investigació, coincideixen amb la informació d'aquests autors.

Per últim, en relació amb la tercera hipòtesi específica formulada, es pot observar a través dels resultats extrets de les diverses entrevistes realitzades tant a dones pacients com a professionals psicològics de l'àmbit reproductiu, com aquesta hipòtesi es compleix.

Segons els resultats de les entrevistes, només una de les quatre pacients va rebre suport psicològic des de la clínica de reproducció assistida. Pel que fa a les altres tres dones, dues d'elles van viure el procés en un centre reproductiu en el qual ni tan sols existia la figura del psicòleg, i pel que fa a l'última dona, tot i que sí que existia aquesta figura del professional psicològic (fet que ella desconeixia) en el centre, ni se li va oferir ni se li va parlar de la seva existència. Per tant, la gestió dels recursos presents en els centres o clíniques reproductives, als quals van acudir la mostra de pacients entrevistades, eren ineficients i en alguns casos inexistents. Verificant d'aquesta manera la tercera hipòtesi específica plantejada en el present treball. Pel que fa als resultats obtinguts de les entrevistes a les psicòlogues de l'àmbit reproductiu, contribueixen a confirmar la hipòtesi esmentada, ja que inclús en els centres en els quals elles treballen, els recursos són ineficients i no es dona la importància necessària a aquesta experiència emocional adversa que poden patir les dones durant els processos de reproducció assistida. Aquestes psicòlogues comenten que el servei i suport psicològic no s'ofereix si els pacients no ho demanen i que a més, és un servei complementari que han de pagar a part.

Sobretot el que més destaquen tan pacients com psicòlogues de la manca dels recursos organitzatius i professionals del centre, és la falta de seguiments de caire psicològic i no purament mèdic i la falta de temps i d'empatia durant les visites amb els metges, ja que no hi havia un espai en aquestes visites per poder abordar el tema emocional i l'estat psicològic d'aquestes pacients. Finalment, un últim element que destaquen i proposen, és la creació de grups de suport i acompanyament, per tal de poder compartir l'experiència amb persones que es troben en la mateixa situació, ja que sovint no troben aquest suport en el seu entorn pròxim a causa dels prejudicis que continuen estant molt vigents en aquest aspecte des de fora de la situació viscuda.

Així mateix, tal com exposen Rooney i Domar (2018) i SEF (2012), tot i que es reconeix el benefici que pot generar aquest acompanyament psicològic durant els processos de reproducció assistida, la figura del psicòleg en centres de reproducció no és obligatòria per llei, encara que cada dia sigui més necessària. D'aquesta manera es genera una manca de recursos terapèutics i una falta de suport a les pacients que han de passar per aquest

tipus de processos reproductius, deixant de banda aquesta part emocional present durant el tractament i a vegades infravalorant-la. Envers aquest fet, Fundació Víctor Grífols i Lucas (2015), exposa la necessitat que els pacients de processos de reproducció assistida rebin aquest assessorament i suport psicològic en relació amb les possibles conseqüències i impacte emocionals i psicològics que poden aflorar durant tots aquests tractaments reproductius. Per tant, poder tenir en compte aquests factors emocionals i psicològics que poden estar presents durant i després dels processos de reproducció assistida, facilitaria poder oferir un suport i ajuda més personalitzats i individualitzats a cada pacient, minimitzant d'aquesta manera l'impacte emocional que es pogués generar en ells. Com bé ressalta la primera psicòloga entrevistada, en definitiva el que interessa és poder humanitzar aquests processos reproductius, treien el focus d'allò purament mèdic i abordant altres qüestions importants com el benestar emocional i psicològic dels pacients.

Finalment, tenint en compte les necessitats exposades per pacients i psicòlogues en les entrevistes envers aquesta última hipòtesi, i seguint les idees plantejades per Moreno-Rosset et al. (2009), la intervenció del psicòleg en els centres de reproducció assistida ha de dirigir-se en dos sentits. Per una banda, assessorant als professionals del centre, per tal que aquests tinguin més sensibilitat i consciència envers el tema emocional, i per altra banda, atenent directament als pacients en totes aquelles necessitats psicològiques i emocionals que puguin presentar durant aquests processos de reproducció.

4. CONCLUSIONS

4.1. Limitacions del treball

Durant la realització del present treball s'han identificat una sèrie de limitacions.

En primer lloc, la mostra, ja que aquesta a resultat ser més reduïda pel que fa als psicòlegs participants del que en un principi es va estimar, així com el biaix a causa de la falta de la perspectiva de l'home com a pacient durant aquest procés de reproducció assistida. Així mateix en tractar-se d'un tipus de mostreig no probabilístic, les persones escollides per la mostra corresponen a una població en concret, en aquest cas pacients que han experimentat un procés de reproducció assistida i psicòlegs de l'àmbit reproductiu. Per tant, no tothom tenia la mateixa possibilitat de participar en la investigació, dificultant en aquest aspecte l'accés a la mostra. Aquest fet disminueix la validesa externa dels resultats i dificulta l'extrapolació d'aquests a la resta de la població, ja que en tractar-se d'un estudi qualitatiu, únicament es plasmen les vivències de les 6 persones de la mostra i no es poden generalitzar els resultats.

En segon lloc, destacar la manca d'informació i estudis envers el tema de l'impacte emocional que pateixen els pacients que se sotmeten a tècniques de reproducció assistida donada la seva relativa novetat, ja que l'ús d'aquestes tècniques només compta amb una trajectòria de trenta anys. Per tant, ha causa de ser un tema relativament poc treballat i al qual se li ha donat poca visibilitat, l'existència de recursos, documents i informes al respecte a set escassa.

En tercer lloc, cal tenir en compte que la recollida de dades s'ha dut a terme un temps després de viure l'experiència de sotmetre's a un procés de reproducció assistida, i que pot cabre la possibilitat que existeixi un biaix en aquesta informació donat el temps transcorregut i els diversos canvis que hagin pogut patir les pacients durant aquest temps. Així mateix en aquesta mateixa línia, caldria destacar la possibilitat de l'efecte de la desitjabilitat social, donat el cas que tot i que les persones de la mostra eren coneixedores que tot es feia de manera confidencial, no es pot assegurar que totes les participants hagin set del tot sinceres en les seves respostes.

Finalment, en quart lloc, cal tenir presents altres tipus de biaixos com la influència de l'estudiant/investigador durant les entrevistes dutes a terme o a l'hora d'interpretar la informació.

4.2. Propostes de millora i futures línies de treball

Tanmateix al llarg de la present investigació s'han trobat una sèrie d'aspectes de millora.

Respecte a les propostes de millora, cal tenir en compte l'ampliació de la mostra, ja que si s'hagués utilitzat una mostra més heterogènia, en aquest cas ampliant el sexe dels participants i incloent la perspectiva de l'home durant aquesta vivència dels processos de reproducció assistida, s'hagueren obtingut resultats més holístics. Així mateix, també hagués set interessant poder tenir l'opinió d'algun familiar i/o amic proper a les pacients per tal de contrastar la informació recollida.

Davant els resultats del present estudi, una futura línia de treball a tenir en compte podria ser fer un estudi longitudinal per tal d'analitzar els canvis que van experimentant els pacients durant tot el procés reproductiu i per tal de veure l'eficàcia i importància de l'acompanyament psicològic en aquestes situacions. Tanmateix seria destacable el fet de poder dur a terme un estudi amb els pacients i psicòlegs d'una mateixa unitat o centre reproductiu, per tal de comparar i contrarestar les seves perspectives i opinions al respecte. Així mateix, també es podrien incloure opinions d'altres professionals del centre reproductiu, per tal de tenir una visió més ampla de la casuística, i a més tenint en compte que en molts d'aquests centres encara no existeix la figura del psicòleg i que aquest acompanyament el duen a terme infermeres i metges i que per tant, seria important conèixer i incloure la seva opinió envers aquest impacte emocional que poden patir els pacients.

Finalment afegir que s'hauria de seguir estudiant la relació que pot existir entre el fet de sotmetre's a un procés de reproducció assistida i l'impacte emocional que aquests processos poden generar en els pacients que els experimenten, amb aquest fet s'aconseguiria donar la importància, visibilitat i el valor que mereixen aquest tipus de temes molt presents en la societat però poc considerats. A la vegada, que els professionals que treballen en el món de la salut reproductiva, valorin i tinguin en compte a l'hora de tractar amb els pacients, tots aquests aspectes emocionals i psicològics que poden aflorar en aquests pacients durant els processos reproductius, per tal de millorar l'experiència emocional i el benestar psicològic d'aquests.

4.3. Conclusions generals

Finalment com a conclusions generals del present estudi, es destaquen diversos aspectes a tenir en compte.

D'entrada, es reconeix i considera que l'objectiu general del present Treball de Final de Grau s'ha assolit. Així mateix, a partir de l'abordatge d'aquest objectiu principal i dels tres objectius específics s'ha pogut donar resposta a cadascuna de les hipòtesis plantejades en un inici.

Altrament, a partir dels resultats obtinguts en la investigació es pot concloure que:

- ❖ La majoria de les pacients que se sotmeten a un procés de reproducció assistida experimenten un impacte emocional advers, afectant la seva vida personal, de parella i familiar.
- ❖ El suport de l'entorn d'aquestes pacients es veu condicionat per la falta d'informació i educació envers aquestes tècniques de reproducció assistida, així com pels prejudicis, pressió, estigma social i falses creences que continuen molt vigents en la societat respecte a aquest tipus de reproducció.
- ❖ El suport psicològic i familiar durant aquests processos de reproducció assistida és un factor rellevant per la millora d'aquest impacte i experiència emocional que poden patir els pacients.
- ❖ Totes les participants de la mostra coincideixen en el fet que la figura del psicòleg hauria de ser imprescindible en tots els centres de reproducció assistida.
- ❖ Els recursos organitzatius i professionals dels centres o unitats reproductives són ineficients en la intervenció envers els efectes emocionals que poden experimentar les pacients durant aquests processos reproductius, atès a la manca de formació dels professionals envers aquest tema i a la infravaloració de l'impacte emocional i afectació psicològica que poden patir els pacients.
- ❖ Hi ha una càrrega de responsabilitat envers la dona i la seva "data de caducitat reproductiva", fomentada per un sistema de creences molt vinculat a la figura de la dona com a mare.
- ❖ Existeix una mancança de coneixements i educació sexual i reproducció assistida, que genera una necessitat de canvi que ajudaria a minimitzar aquest impacte emocional derivat d'un diagnòstic d'infertilitat, ajudant a la societat a saber que existeixen més opcions al marge del concepte normalitzat de reproducció.

- ❖ Hi ha una necessitat de tenir en compte la part emocional i psicològica dels pacients durant aquests processos de reproducció assistida, per tal de crear acompanyaments i suports més individualitzats i personalitzats a cada pacient depenen de quina sigui la seva situació, ja que com es pot comprovar en el present treball, la dona soltera que ha volgut ser mare per elecció pròpia presenta una situació i característiques molt diverses a les altres dones de la mostra.
- ❖ Donar a conèixer aquest tipus de vivències i de processos reproductius pot ajudar al fet que la societat estigui més informada i preparada per poder acompanyar a les persones que passen per aquest tipus de processos i a generar serveis i suports que millorin aquestes experiències.

Així doncs, per concloure i com a tancament i reflexió final d'aquesta investigació, es presenta un fragment del llibre “Quién quiere ser madre” de Silvia Nanclares (2017), en el qual s'expressa aquell sentiment que tantes mares i pares han viscut durant la seva lluita per poder ser pares, igual que li va passar a la mateixa autora. Aquest diu així:

Cuando empiezas a dejar entrever en lo que andas metido, en fin, a hablar abiertamente de tu búsqueda, constatas las ganas, casi diría la necesidad, que hay de compartir sensaciones con otras personas que están en la misma situación que tú. Te das cuenta entonces de la cantidad de historias ocultas que hay en torno al deseo de ser madre o de ser padres, de lo silenciosamente que se vive este estado intermedio, este umbral entre el “vamos a ello” y “aún no estamos” (p.80).

5. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Anguera, M. T. (2008). EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DESDE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA. *Acción Psicológica*, 5 (2), 87-101. ISSN: 1578-908X. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030760008>
- Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. & Ávila, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 167-175. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1583.pdf>
- Blázquez Rodríguez, M., & Montes Muñoz, M. (2012). Reproduction in women's lives: Contributions from anthropology. *Mètode Science Studies Journal - Annual Review*, 0(3). doi:<http://dx.doi.org/10.7203/metode.76.2066>
- Boada Palà, M., Echeverría Bel, L., Guerra Negre, D., Prat Puigpelat, N., & Busquets Font, J. M. (2010). *Guia pràctica de la reproducció assistida*. Generalitat de Catalunya. Recuperat de 27 desembre 2020, de <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1177>
- DIEC2 (2020). Reproducció: *Diccionari de la llengua catalana de l'Institut d'Estudis Catalans*. Recuperat 20 desembre 2020 de: <https://dlc.iec.cat/Results?DecEntradaText=reproducci%C3%B3%20&AllInfoMorf=False&OperEntrada=0&OperDef=0&OperEx=0&OperSubEntrada=0&OperAreaTematica=0&InfoMorfType=0&OperCatGram=False&AccentSen=False&CurrentPage=0&refineSearch=0&Actualitzacions=False>
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19 (6), 568-575. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.568>
- Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2015). *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*.
- Guerra Díaz, D. (2007). Por qué unas guías de consejo, apoyo e intervención psicológica al paciente en medicina reproductiva asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, (1), 3-9. <https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/psico/guia1.PDF>
- Guerra Díaz, D., & Tirado Carrillo, M. (2007). Intervención psicológica en medicina de la reproducción asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica

- en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, (1), 29-46.
<https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/psico/guia1.PDF>
- INE. (2019). Encuesta de fecundidad. Recuperat 10 gener 2021, de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177006&menu=ultiDatos&idp=1254735573002#
- INE. (2020). Indicadores de Fecundidad. Recuperat 10 gener 2021, de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1579&L=0>
- Izzedin-Bouquet de Durán, R. (2011). Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*, 14 (2), 31-34.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332011000200009
- Jenaro Río, C., Moreno-Rosset, C., Antequera Jurado, R., & Flores Robaina, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: El “DERA” una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 176-185. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829204.pdf>
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. The Macmillan Company.
- Lafuente, M. J. (2008). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal): Un estudio piloto. *Index Enferm*, vol.17.
- Llavona, L., & Mora, R. (2002). Cuestionario de Ajuste Psicológico en Infertilidad (CAPI). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2002/2716.
- Llavona, L., & Mora, R. (2006). Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2006/3632.
- Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida, BOE núm. 282, § 27108 (1988).
- Ley 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida, BOE núm. 280, § 21341 (2003).
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, BOE núm. 126, § 9292 (2006).

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). *Gabinete de Prensa - Notas de Prensa*. Recuperat 20 de desembre 2020 de <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5067>
- Moreno, A., & Guerra Díaz, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana Fertilidad*, (1), 11-17. <https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/psico/guia1.PDF>
- Moreno-Rosset, C. (2008). Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2),154-157. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829201.pdf>
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C., & Gómez, Y. (2009). La psicología de la reproducción: la necesidad del psicólogo en las unidades de reproducción humana. *Clínica y Salud*, 20 (1), 79-90. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000100007
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Almeida-Santos, T. (2015). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? the mediating role of the importance of parenthood. *British journal of health psychology*, 21 (2), 302–317. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12169>
- Nanclares, S. (2017). *Quién quiere ser madre*. Alfaguara.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Herder.
- Organització Mundial de la Salut. (2020). *Infertilitat*. Recuperat 27 de desembre 2020, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Pérez Ortega, M., & Barraca Mairal, J. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en los procesos de reproducción asistida. Una revisión. *EduPsyke: Revista de psicología y psicopedagogia*, 15 (2) 113-129. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428377>
- Real Academia Española. (2021). *Reproducción: Diccionario de la lengua española*. Edición del Tricentenario. Recuperat 4 gener 2021, de <https://dle.rae.es/reproducci%C3%B3n>
- Riba, C.E. (2007). *La metodología cualitativa en l'estudi del comportament*. Barcelona: UOC.

- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20 (1), 41–47.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016043/>
- Segal, T. R., & Giudice, L.C. (2019). Before the beginning: environmental exposures and reproductive and obstetrical outcomes. *Fertility and Sterility*, 112 (4): 613-621.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.08.001>
- Sociedad Española de Fertilidad (SEF). (2012). Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida.
https://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf
- Sociedad Española de Fertilidad & Ministerio de Sanidad. (2018). *Registro Nacional de Actividad 2018-Registro SEF*. Sociedad Española de Fertilidad. Recuperat 20 desembre 2020, de https://www.registrosef.com/public/docs/sef2018_IAFIVm.pdf

IMPACTE EMOCIONAL DE LES DONES QUE SE SOTMETEN A PROCESSOS DE REPRODUCCIÓ ASSISTIDA

Annexos

Patricia Fernández Rodríguez

Curs: 2020-2021

Tutor/a: Assumpció Guillén Font

Grau en Psicologia

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

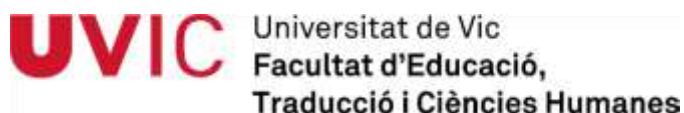
Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Vic, Maig de 2021

ÍNDEX

1. CONSENTIMENT INFORMAT PER ALS PARTICIPANTS.....	60
2. MODELS D'ENTREVISTA	62
3. <u>TAULA 1</u> : DADES PERSONALS BÀSIQUES DELS ENTREVISTATS.....	67
4. <u>TAULA 2</u> : INFORMACIÓ REFERENTS A LES SESSIONS REALITZADES ALS PARTICIPANTS.....	70
5. TAULES SÍNTESI DELS RESULTATS DE LES ENTREVISTES.....	71

1. CONSENTIMENT INFORMAT PER ALS PARTICIPANTS



FULL D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT INFORMAT

Sóc una estudiant de 4t curs de Psicologia de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya, que té interès en estudiar i conèixer l'impacte emocional que suposa per les dones espanyoles, el fet de sotmetre's a un procés de reproducció assistida i quines propostes d'intervenció es plantegen en els centres de reproducció per millorar aquesta experiència.

Amb el present document se sol·licita la seva participació voluntària a aquest estudi. Tenint en compte aquesta voluntarietat en la participació, si vostè no desitja participar-hi, o vol retirar-se, té el dret a renunciar en qualsevol moment i no hi haurà cap mena de perjudici, per fer-ho només cal informar a l'estudiant. Afegir que si accepta participar en l'estudi, no obtindrà cap benefici, però els resultats derivats d'aquest podran ser útils en el futur maneig de persones en la mateixa situació.

Si vostè accedeix a participar en aquest estudi, se li realitzarà una entrevista semiestructurada. Aquesta entrevista estarà dirigida a copsar la seva experiència emocional durant aquest procés de reproducció assistida. Igualment si alguna de les qüestions plantejades a l'entrevista d'investigació el/la fan sentir incòmode, té el dret a fer-ho saber a l'estudiant i negar-se a la seva participació.

Tota la informació obtinguda serà confidencial, seguint el compliment de la normativa vigent de Protecció de Dades (Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals). Així mateix l'estudiant es compromet a utilitzar les dades i fer-ne difusió únicament amb finalitats acadèmiques i científiques.

Finalment, en cas de tenir dubtes i voler contactar amb la persona investigadora, podrà fer-ho contactant amb Patricia Fernández Rodríguez, al correu patricia.fernandez@uvic.cat

Gràcies per la seva atenció i col·laboració.

Jo, Sr./Sra. _____

amb DNI número _____

DECLARO:

1. Haver estat informat/da de manera clara i comprensible, havent pogut consultar tots els meus dubtes, sobre els procediments i objectius de la investigació.
2. La meva participació en aquest estudi és completament voluntària, entenent que en qualsevol moment me'n puc retirar sense que això alteri en cap cas el procés assistencial
3. Saber que tota la informació que faciliti a l'equip investigador serà totalment confidencial, i només els investigadors coneixeran la identitat dels participants en aquest estudi.
4. Saber a qui adreçar-me en el cas de voler comunicar-me amb l'investigador/a.
5. Haver rebut una còpia del present consentiment informat.

Tenint tot això en consideració, accedeixo a participar en la present investigació i així ho faig constar amb la meva signatura.

Firma de l'estudiant

Firma del/ la participant

Vic, a _____ de _____ 2021

2. MODELS D'ENTREVISTA

ENTREVISTES CREADES

L'objectiu del meu Treball de Final de Grau és **conèixer** quin impacte emocional ha suposat per a les dones espanyoles el fet de sotmetre's a un procés de reproducció assistida, i conèixer quines propostes d'intervenció es plantegen en els centres de reproducció assistida per millorar aquesta experiència emocional.

Recordar, que igualment si alguna de les qüestions plantejades a l'entrevista d'investigació el/la fan sentir incòmode, té el dret a fer-ho saber a l'estudiant i negar-se a la seva participació. Tanmateix també comentar-li que tota la informació obtinguda serà confidencial i es mantindrà l'anonimat, seguint el compliment de la normativa vigent de Protecció de Dades (Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals). Així mateix l'estudiant es compromet a utilitzar les dades i fer-ne difusió únicament amb finalitats acadèmiques i científiques.

Per últim demanar-li el seu permís per a poder gravar l'entrevista per tal de poder realitzar millor la posterior transcripció d'aquesta entrevista.

ENTREVISTA DIRIGIDA A LES PACIENTS:

Data:

Hora:

Lloc:

Duració:

Assistents:

➤ Preguntes inicials:

1.Quina edat tens?

2.Quin és el lloc de naixement i de residència?

3.Estat civil i de convivència?

4.Quins estudis has realitzat?

5.Quina ha estat la teva trajectòria professional fins a l'actualitat (breument)?

➤ **BLOC 1:**

a) Vivències de la reproducció assistida i del tractament:

- 1. Creus que és important parlar sobre la reproducció assistida i tots els seus efectes? Per què? Et resulta còmode i fàcil parlar del tema?**
- 2. Quin paper té avui en dia en la nostra societat la reproducció assistida i que ha suposat per a la població i més concretament, per tu?**
- 3. Com vas detectar que hi havia alguna dificultat a l'hora de tenir fills de forma convencional? Explica la teva trajectòria reproductiva.**
- 4. Com vas prendre en aquell moment la decisió d'optar per un procés de reproducció assistida i qui et va ajudar?**
- 5. Com a dona com vas viure el fet de saber que hauries de necessitar d'aquest tipus de tècniques de reproducció assistida per a poder optar a tenir fills?**

➤ **BLOC 2:**

b) Aspectes afectius i emocionals:

- 6. Com recordes la primera consulta/visita amb l'especialista? Quins sentiments i emocions van predominar en aquell moment?**
- 7. Quin tipus de tractament et van fer? Quin control i seguiment van realitzar els professionals mèdics d'aquest procés?**
- 8. Només es feia un seguiment i control envers l'èxit de fecundació o també hi havia moments en els quals es tractava o parlava de com estaves tu durant tot aquest procés?**
- 9. Una vegada iniciat el tractament quin acompanyament o ajuda vas rebre tu (i la teva parella) durant tot aquest procés? Ja sigui per part del centre reproductiu o per amics i familiars o altres.**
- 10. Quin tipus d'ajuda hagueres necessitat en aquell moment i consideres que hauria d'existir durant el procés de reproducció assistida per tal de millorar aquesta experiència?**

11. Que destacaries com més dur durant aquest procés? Per contra quin moment recordes amb més alegria, o el qual fos més fàcil d'experimentar durant el tractament?

➤ **BLOC 3:**

c) Valoracions diverses:

12. Què és el que més destaqués dels elements (professionals, informació rebuda, procediments, protocols, instal·lacions, recolzament, etc.) de la reproducció assistida que han estat present durant aquest procés reproductiu que has hagut de viure?

13. Quins consells o quines paraules compartiries amb una dona o parella que està a l'inici d'aquest procés i que haurà de passar per la situació i experiència que tu ja has viscut?

14. En el teu cas, existia la figura del psicòleg en el teu centre de reproducció? Vas necessitar en algun moment aquest suport? Consideres que hauria d'existir la figura del psicòleg dins dels centres de reproducció assistida? O amb la xarxa de professionals sanitaris que conformen els centres de reproducció assistida, ja és suficient?

15. T'agradaria explicar alguna anècdota o afegir alguna cosa més?

Moltes gràcies per la teva participació i col·laboració.

ENTREVISTA DIRIGIDA ALS PSICÒLEGS PROFESSIONALS:

Data:

Hora:

Lloc:

Duració:

Assistents:

➤ Preguntes inicials:

1. Quina edat tens?

2. Quin és el lloc de naixement i de residència?

3. Estat civil i de convivència?

4. Quins estudis has realitzat?

5. Quina ha estat la teva trajectòria professional fins a l'actualitat (breument)?

➤ **BLOC 1:**

a) Vivències de la reproducció assistida i del tractament:

1. Que ha suposat per la nostra societat l'avenç en la reproducció assistida?

2. Quin paper té avui en dia en la nostra societat el concepte de maternitat i de paternitat?

3. Quins són els principals motius (causes i factors de risc) que poden predisposar a una persona a sotmetre's a un tractament de reproducció assistida?

4. Com es fa la detecció i el pronòstic de la impossibilitat de tenir fills de forma convencional? Quin és el tractament més comú? Quin seguiment de control es fa de la pacient durant el procés?

➤ **BLOC 2:**

b) Aspectes afectius i emocionals:

5. Quins efectes psicològics o manifestacions emocionals poden sorgir en els pacients durant el procés de reproducció assistida?

6. Existeix alguna correlació entre un major impacte emocional durant el procés de reproducció assistida i l'èxit d'aquest? És a dir, consideres que pot tenir relació el fet que una dona pugui tenir més o menys èxit reproductiu durant aquest procés, si aquesta experimenta un impacte emocional negatiu?

7. Quin tipus de suport o acompanyament realitzeu com a professionals des dels centres de reproducció assistida als pacients que hi acudeixen? Que persegueu amb aquest acompanyament, que voleu aconseguir? Abordatge psicològic i tècniques que utilitzeu.

8. Amb quines mancances, necessitats, demandes, peticions, etc. us trobeu durant aquest acompanyament a les parelles o dones que se sotmeten a un procés de reproducció assistida?

9. Quina influència o canvi pot suposar pels pacients el fet de poder tenir un acompanyament psicològic durant el procés de reproducció assistida?

10. Consideres que el fet de conèixer la vivència dels pacients que se sotmeten a un procés de reproducció assistida i com els professionals són o no una font de suport emocional, pot ajudar a millorar aquestes experiències i vivències dels pacients i a l'hora a millorar els recursos i les tècniques utilitzades en els centres de reproducció assistida?

➤ **BLOC 3:**

c) Valoracions diverses:

11. Com a psicòleg present en un centre reproductiu, consideres que hauria d'existir la figura del psicòleg dins de tots els centres de reproducció assistida? O amb la xarxa de professionals sanitaris que conformen els centres de reproducció assistida, ja és suficient?

12. Alguna vegada has parlat amb companys del treball o del mateix àmbit sobre la importància o no de treballar i abordar aquest tema de l'impacte emocional que pateixen els pacients?

13. Que proposaries per millorar les situacions i experiències emocionals dels pacients que se sotmeten aquest tipus de tractaments reproductius? Quin paper tindria el psicòleg en tot això?

14. Com gestiones tot el còctel emocional que pot produir una feina com la que es desenvolupa en un centre de reproducció assistida? Vivència personal treballant en l'àmbit reproductiu.

15. T'agradaria explicar alguna anècdota o afegir alguna cosa més?

Moltes gràcies per la teva participació i col·laboració.

3. TAULA 1: DADES PERSONALS BÀSIQUES DELS ENTREVISTATS

<u>Participants</u>	<u>Dades personals</u>	
Pacient 1	Edat i sexe de l'entrevistat/da	Dona, 28 anys.
	Lloc de naixement i de residència	Gurb i Borgonya.
	Estat civil i de convivència	Soltera i viu sola amb el seu gat i gos.
	Estudis	Auxiliar d'infermeria.
	Feines que ha fet o fa	D'auxiliar d'infermeria en diversos llocs com hospitals i residències.
Pacient 2	Edat i sexe de l'entrevistat/da	Dona, 40 anys.
	Lloc de naixement i de residència	València i Alcira.
	Estat civil i de convivència	Soltera i viu amb la seva parella i les seves dues filles.
	Estudis	Tècnic d'imatge pel diagnòstic i medicina.
	Feines que ha fet o fa	Actualment està immersa en un projecte d'obrir una botiga online de roba de nadó.
Pacient 3	Edat i sexe de l'entrevistat/da	Dona, 32 anys.
	Lloc de naixement i de residència	Santiago de Compostela i Pontevedra.
	Estat civil i de convivència	Soltera i viu amb la seva parella, el seu nadó, i una gosseta.
	Estudis	Llicenciada en comunicació i audiovisual.

	Feines que ha fet o fa	Autònoma i treballa fent col·laboracions amb diferents marques referents a dissenys de pàgines web.
Pacient 4	Edat i sexe de l'entrevistat/da	Dona, 34 anys.
	Lloc de naixement i de residència	València i Madrid.
	Estat civil i de convivència	Casada i viu amb el seu home i el seu fill.
	Estudis	Llicenciada en traducció i interpretació d'idiomes, i dos màsters (comerç internacional i traducció medicosanitària).
	Feines que ha fet o fa	Actualment treballa per a una consultora d'IT (informàtica internacional).
Psicòleg professional 1	Edat i sexe de l'entrevistat/da	Dona, 34 anys.
	Lloc de naixement i de residència	Múrcia i Múrcia.
	Estat civil i de convivència	Soltera i viu amb el seu gos.
	Estudis	Grau en Psicologia, amb formació en atenció primerenca i desenvolupament infantil, màster en logopèdia, màster en

		psicologia infantil i juvenil i finalment màster en reproducció assistida.
	Feines que ha fet o fa	Actualment treballa en una clínica de reproducció assistida privada i també en una associació de persones amb discapacitat.
Psicòleg professional 2	Edat i sexe de l'entrevistat/da	Dona, 26 anys.
	Lloc de naixement i de residència	Manresa i Barcelona
	Estat civil i de convivència	Soltera i viu amb la seva parella.
	Estudis	Grau en Psicologia, màster general sanitari, màster de teràpia de parella i sexualitat i màster en reproducció assistida.
	Feines que ha fet o fa	Treballa com a psicòloga en una clínica de reproducció assistida privada i en un centre de teràpia familiar i de parella.

4. TAULA 2: INFORMACIÓ REFERENTS A LES SESSIONS REALITZADES ALS PARTICIPANTS

<u>Participants</u>	<u>Dia</u>	<u>Hora</u>	<u>Lloc</u>	<u>Duració</u>	<u>Assistents</u>
Pacient 1	20-01-21	16h	Casa de l'entrevistada.	30 minuts	L'entrevistada i l'entrevistadora
Pacient 2	21-01-21	11:30h	Vídeo trucada online (zoom)	35 minuts.	L'entrevistada i l'entrevistadora
Pacient 3	22-01-21	10h	Vídeo trucada online (zoom)	40 minuts	L'entrevistada i l'entrevistadora
Pacient 4	22-01-21	20:30h	Vídeo trucada online (zoom)	30 minuts	L'entrevistada i l'entrevistadora
Psicòleg professional 1	25-01-21	11h	Vídeo trucada online (zoom)	25 minuts	L'entrevistada i l'entrevistadora
Psicòleg professional 2	11-02-21	10h	Vídeo trucada online (zoom)	30 minuts	L'entrevistada i l'entrevistadora

5. TAULES SÍNTESE DELS RESULTATS DE LES ENTREVISTES

A continuació es presenten les taules resum on es recull una síntesi dels resultats i aspectes més rellevants de cada pregunta realitzada a les entrevistes del present estudi. Per una banda, primerament es mostren les taules dels resultats de les pacients entrevistades, i per altra banda, seguidament es presenten les taules dels resultats extrets de les entrevistes realitzades a les psicòlogues professionals de l'àmbit reproductiu.

Resultats de les entrevistes dirigides a les pacients:

➤ BLOC 1:

a) Vivències de la reproducció assistida i del tractament:

-Pregunta: **1.Creus que és important parlar sobre la reproducció assistida i tots els seus efectes? Per què? Et resulta còmode i fàcil parlar del tema?**

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Encara que les 4 pacients coincideixen en la importància de parlar sobre el tema de la reproducció assistida i en el fet que sempre es van sentir còmodes i els hi va ser fàcil poder parlar del tema, afegixen diferents aspectes a tenir en compte. La pacient 1, parla sobre l'aprenentatge que suposa per les persones poder conèixer i aprendre sobre el tema, així mateix la pacient 2 ho enfoca com una via d'alliberament i desfogament, que et permet no sentir-te sola. Pel que fa a la pacient 3 i la pacient 4, coincideixen en comentar que avui dia encara és un tema tabú, el qual la gent encara amaga i es nega a parlar en públic per la pressió i estigma social, i és aquest fet del tabú i les falses creences els que fan que la pacient 3 s'endinsi en el seu projecte d'acompanyar i ajudar a altres dones que es troben en aquests processos de reproducció i que com ella en el seu moment es van sentir soles. La pacient 3, també comenta que tot i que ella no va tenir cap problema de parlar sobre el tema, sí que es va trobar amb la situació que la seva parella sentia vergonya i li va ser difícil compartir-ho amb la seva família. Per últim la pacient 2, també explica que una amiga la qual també va haver de passar per aquest tipus de reproducció sempre va amagar el fet que el seu fill hagués nascut d'aquesta forma.

-Pregunta: **2.Quin paper té avui en dia en la nostra societat la reproducció assistida i que ha suposat per a la població i més concretament, per tu?**

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

En aquest cas les 4 dones pacients coincideixen en el fet que la reproducció assistida suposa un avenç positiu per la nostra societat i que és una alternativa per a moltes persones i parelles que volen tenir fills i que poden patir problemes tant fisiològics com socials que ho poden dificultar. A més la pacient 4 comenta que *“no se li dona el valor que se li hauria de donar”*. Per la pacient 1 i per la pacient 2, la reproducció assistida va suposar una oportunitat per poder aconseguir el seu desig de ser mares. Pel que fa a la pacient 3 i la pacient 4 també coincideixen amb la pacient 1 i 2 en el fet que va suposar una oportunitat per poder ser mares, però al·leguen que en un principi va suposar un *shock*, i que inclús com comenta la pacient 4 va haver d’experimentar una espècie de dol envers el seu concepte normalitzat de reproducció a causa de la seva situació, ja que com ella bé diu *“és com si tot el teu pensament, els teus conceptes, i tots els teus ciments per així dir-ho, que tens des de petita i que se t’han inculcat, se’t venen avall”*. La pacient 3, a més també afegeix que aquest tipus de reproducció li va donar l’oportunitat de connexes millor ella mateixa i el seu cos, així com a tots els aspectes relacionats amb la reproducció, ja que fins aquell moment hi havia coses que no es plantejava ni sabia, expressant que *“l’educació que ens donen des de petits és totalment errònia”*.

-Pregunta: 3.Com vas detectar que hi havia alguna dificultat a l’hora de tenir fills de forma convencional? Explica la teva trajectòria reproductiva.

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

La pacient 1 en aquest cas, en ser mare soltera per elecció no relaciona amb cap problema d’infertilitat, sinó amb la cerca d’esperma per poder ser mare. En el cas de les altres 3 pacients, totes comenten que després d’un temps cercant intentar quedar-se embarassades, i inclús amb un avortament després d’aconseguir un embaràs de forma natural com bé exposa la pacient 4, van recórrer a diverses visites mèdiques per buscar respostes. En el cas de la pacient 2 i la pacient 4, tant les seves parelles com elles presentaven problemes per poder tenir fills, en la pacient 2 ell per la mobilitat de la seva esperma, i ella per una baixa reserva ovàrica donada la seva edat (major de 35). I en la pacient 4, per la baixa qualitat de l’esperma d’ell i per una malformació uterina d’ella. Afegir que la pacient 2 en un principi comenta que com ella ja tenia una filla

prèvia, només creien que era causa de la seva parella, però que finalment després de diverses proves també van veure que ella tenia baixa reserva ovàrica. En el cas de la pacient 3, només existien dificultats en ella, relacionades amb altres afectacions de salut (tiroides), també emocionals pel dol que estava passant per la mort de la seva àvia, amb la qual estava molt unida, i per últim, per una baixa reserva ovàrica. Destacar sobretot el que comenta la pacient 3 referent a la poca atenció que va rebre en les diverses visites mèdiques i el temps que va passar fins que finalment va trobar una endocrina la qual li va realitzar un estudi més en profunditat i va poder detectar els seus problemes reproductius.

-Pregunta: 4. Com vas prendre en aquell moment la decisió d'optar per un procés de reproducció assistida i qui et va ajudar?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

En aquest cas les 4 pacients comenten que van prendre aquesta decisió de manera independent i autònoma, sense cap ajuda professional, però sí que per exemple en el cas de la pacient 3 i la pacient 4 van rebre ajuda familiar. La pacient 3 comenta que la seva mare al ser psicòloga va ser un pilar molt gran de suport durant aquest procés, ja que com ella bé explica no era conscient de totes les dificultats que li podia acabar ocasionant tot aquest procés, i la pacient 4 afegeix que per mitjà dels seus sogres van acabar decidint-se per una clínica privada de reproducció assistida en la qual treballava un amic d'aquests. Afegir que la pacient 3 també comenta que *“ell (la seva parella) en aquest sentit sempre em va deixar que tingués com l'última paraula per decidir, ja que era jo la que em sotmetia als tractaments i tal, i ell em va dir tot i que hem de confiar tots dos el més important és que tu et sentis còmode”*, destacant la importància i llibertat que li va donar la seva parella a l'hora d'escollir clínica. Totes les pacients varen optar per la via privada, com bé comenta la pacient 2 per causes com la impaciència de voler ser mare i no haver d'esperar les llistes d'espera de la seguretat social. En el cas de la pacient 1, en ser un cas de voler ser mare soltera per elecció i no existir cap problema associat d'infertilitat, ella comenta que *“que si havia d'esperar a trobar una parella estable i passar aquest període de coneixença i de decidir voler ser pares els dos, clar la dona té una “caducitat” i clar poder després seria massa tard”*, i per això escull aquesta opció de la reproducció assistida.

-Pregunta: **5.Com a dona com vas viure el fet de saber que hauries de necessitar d'aquest tipus de tècniques de reproducció assistida per a poder optar a tenir fills?**

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Cadascuna de les pacients va viure aquest fet de maneres diverses. La pacient 1 ho va viure amb normalitat, i comenta que per ella és una oportunitat i una molt bona opció per poder ser mare sense la necessitat de tenir parella. En el cas de la pacient 2, per ella va ser un inconvenient i un “rotllo”, ja que a causa dels seus problemes de fertilitat van haver de recórrer a la FIV i això encara allargava més el temps d’espera i els processos per poder ser pares. La pacient 3, explica que després de rebre la notícia i de quedar-se paralizada i plorar moltíssim, en un primer moment no sabia com explicar-li a la seva parella, ja que el dia de la consulta va optar per anar sola, i que sentia culpa pel fet que ell volia ser pare i ella no podia. Inclús comenta que “*pensava que em deixaria saps, clar com ell vol ser pare i jo no puc doncs...*”, fins que es va adonar que eren una parella i que era una cosa de dos. Finalment la pacient 4, també comparteix amb la pacient 3 aquest primer moment de *shock* en rebre la notícia, ella explica que només el fet d’escoltar paraules com operació, úter, avortament o infertilitat, van fer que es quedés en aquest estat de *shock*, ja que com ella diu “*estem fetes per reproduir-nos, i clar quan et diuen que tens problemes per poder-ho fer de forma natural, imaginat...*”.

➤ **BLOC 2:**

b) Aspectes afectius i emocionals:

-Pregunta: **6.Com recordes la primera consulta/visita amb l’especialista? Quins sentiments i emocions van predominar en aquell moment?**

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Totes les pacients remarquen els nervis, la por i la incertesa de la primera visita amb l’especialista de la clínica reproductiva, menys la pacient 4 la qual comenta que anava prou tranquil·la. La pacient 1 és l’única que destaca la part positiva i realista d’aquesta primera experiència, ja que com ella comenta “*sobretot recordo la tranquil·litat que em van donar en aquest sentit, ja que això em va ajudar a rebaixar tots els nervis que tenia en un principi*”. El que destaca sobretot ella és la part sincera i realista que en cap moment la van enganyar, al contrari i li van ser sincera de les possibilitats que tenia.

Pel que fa a la pacient 2, 3 i 4 recorden de forma negativa aquesta primera visita. En el cas de la pacient 2 i de la pacient 3, atribueixen aquesta mala experiència a l'actitud del metge/ginecòleg. La pacient 2 comenta que *“era com un tio molt negatiu (el metge), va ser una primera experiència fatal, la veritat, era com que tot era culpa meva, saps”*, i en el cas de la pacient 3 reconeix que va tenir alguna discussió amb el seu entorn argumentant *“si és l'única forma de poder tenir el meu fill a mi més igual com sigui (el metge)”*. Amb el temps però va poder adonar-se de tot aquest aspecte negatiu envers la clínica i els professionals, a causa d'una mala experiència en la qual com ella bé comenta la van deixar tirada, *“Clar jo en aquell moment estava molt enfadada i plorant i la doctora ni es va immutar, només va dir aquestes coses passen, i en aquest cas t'ha tocat a tu”*. Pel que fa a la pacient 4, com ella bé explica *“la veritat que va ser una primera visita bastant impactant, no l'oblidaré mai, perquè va ser un autèntic shock. Recordo que vaig sortir de la consulta plorant, pensant que mai podria ser mare”*, degut al fet de descobrir que no només tenia dificultats la seva parella sinó que ella també tenia una malformació uterina i al poc tacte dels metges a l'hora de transmetre la informació, igual que en el cas de les pacients 2 i 3.

Cal esmentar que en el cas de la pacient 2 i de la pacient 3, a causa de la mala experiència que van viure en la primera clínica durant els seus respectius tractaments, van optar per canviar de clínica, així doncs elles van tenir una segona experiència de primera visita en una clínica. Aquestes segones experiències van ser molt positives, i tal com diu la pacient 3 *“és preferible fer un pas enrere per després fer deu endavant”*.

-Pregunta: 7. Quin tipus de tractament et van fer? Quin control i seguiment van realitzar els professionals mèdics d'aquest procés?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

En aquest cas 3 de les 4 pacients van rebre com a tractament la Fecundació In vitro, menys la pacient 1 que va optar per la IAD. Totes comenten que van rebre seguiment i controls mèdics rigorosos i exhaustius, en els quals es troben analítiques, ecografies, i estudis genètics i d'infertilitat. Cal comentar que la pacient 2 i la pacient 3 van canviar de clíniques donada la mala experiència de la primera clínica. Pel que fa a la pacient 4 a més de la FIV, també va haver de sotmetre's a operacions quirúrgiques per la seva malformació uterina. Per últim, comentar que només la pacient 1 comenta que li feien

un seguiment i control psicològic a més del purament mèdic, *“Buena et fan moltes preguntes per veure si realment estàs preparada i ho tens clar, i si ets apte per poder quedar-te embarassada”*.

En resum, la pacient 1 només es va sotmetre a un tractament de IAD i es va quedar embarassada amb èxit. La pacient 2 es va sotmetre a un total de 3 tractaments de FIV (en dues clíniques diferents) durant tres anys o més, sent l'últim intent el que va aconseguir arribar amb èxit a l'embaràs. Ella comenta que quan un tractament no surt bé *“en aquell moment però et sents abatut, intentes seguir endavant i tornar-ho a intentar amb les forces que tens”*. En el cas de la pacient 3, tot que va ocórrer en un període relativament curt, de menys d'un any i assistint a dues clíniques, però com ella bé comenta *“vam viure en un període molt curt el que per exemple altres parelles poder passen en anys, per això imaginat la muntanya russa d'emocions”*. Van passar per 4 tractaments de FIV en els quals van experimentar 2 avortaments, fins que finalment es va quedar embarassada del seu fill de forma natural.

Per últim, la pacient 4 va passar per un total de 3 intents de FIV durant quasi 4 anys, fins que l'últim d'ells va acabar en embaràs del seu fill, tenint en compte que els dos primers intents van ser 2 embarassos que van acabar en avortaments.

-Pregunta: 8. Només es feia un seguiment i control envers l'èxit de fecundació o també hi havia moments en els quals es tractava o parlava de com estaves tu durant tot aquest procés?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Les respostes obtingudes de les pacients han seguit dos camins. La pacient 1 i la pacient 3, han confirmat rebre aquesta preocupació envers la seva persona durant el tractament, tot i això cal diferenciar que en la pacient 1 rebia aquest seguiment d'una psicòloga i en el cas de la pacient 3, era la seva pròpia ginecòloga la que feia aquesta tasca de seguiment i preocupació envers la dona i el seu estat més emocional i no fisiològic. La pacient 1 comenta que *“durant el procés continuava aquest control i acompanyament psicològic, preguntes de estàs contenta, com estàs, i si haguessin set dos embrions t'hagués agradat més, etc.”*. Així com la pacient 3 diu *“Recordo que sempre abans de fer-me les ecografies o altres, el primer que feia era seure amb ella i em preguntava com estava, que sentia, com em trobava, de fet va ser ella la que em va dir després del*

quart tractament que paràvem, per la meva salut emocional”. Ella expressa sobretot la proximitat de la ginecòloga inclús donant-li el seu número de telèfon mòbil per contactar en qualsevol moment del dia. En el cas de la pacient 2 i de la pacient 4, totes dues comenten no haver rebut aquest seguiment o control més emocional envers la seva persona, tot i que la pacient 3 comenta que *“aquell ginecòleg era molt proper i bastant empàtic, i llavors aquest fet va fer que ens sentíssim cuidats en aquest aspecte, però evidentment el que és una avaluació més psicològica i emocional, no hi va ser, ni es va oferir”*.

-Pregunta: 9. Una vegada iniciat el tractament quin acompanyament o ajuda vas rebre tu (i la teva parella) durant tot aquest procés? Ja sigui per part del centre reproductiu o per amics i familiars o altres.

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Totes les pacients han estat d'acord en coincidir que van rebre suport bàsicament familiar i d'amistats properes. A més, la pacient 1 és l'única que a part d'aquesta ajuda familiar, també es va sentir molt protegida i acompanyada pel centre de reproducció assistida, en el qual rebia suport psicològic. La pacient 2 i la pacient 3 coincideixen en el fet que tot i que van rebre el suport i acompanyament de la seva família, hi havia membres els quals mostraven la seva reticència o la seva preocupació envers el tema. La pacient 2 comenta que *“el meu pare i la meva àvia, per exemple em deien que perquè volia passar per tot això per tenir un altre fill si ja en tenia una, i ara en veritat són els que més contents i bojós estan amb la nena...”*. La pacient 3 pel seu cantó explica que *“als meus germans els i va resultar més difícil, en el sentit que ens deien que ens estàvem gastant tants cèntims, i clar aquest fet em va fer sentir jutjada, però després quan anava a les puncions sí que sempre em trucaven i em preguntaven com estava i tot”*.

-Pregunta: 10. Quin tipus d'ajuda hagueres necessitat en aquell moment i consideres que hauria d'existir durant el procés de reproducció assistida per tal de millorar aquesta experiència?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

La pacient 1 i la pacient 3, comenten que amb l'ajuda que van rebre en el seu moment ja va ser suficient, en canvi la pacient 2 i la pacient 4 haguessin necessitat més ajuda i acompanyament per part del centre. Inclús la pacient 4 comenta, que *“després del segon avortament el qual es va produir a conseqüència d'aquesta primera FIV, em vaig posar en les mans d'una psicòloga perinatal i bueno després d'allò, la veritat és que diria que ho veig imprescindible”*. Pel que fa a l'ajuda que consideren que hauria d'existir durant aquest procés de reproducció assistida per tal de millorar aquesta experiència emocional, totes consideren fonamental l'ajuda professional, i en concret l'ajuda psicologia, ja que com comenta la pacient 4 *“poder tenir aquest acompanyament d'una persona que et pugui entendre, que et pugui ajudar a controlar totes aquestes emocions, pors, inquietuds, la incertesa és imprescindible”*. A més tant la pacient 1 com la pacient 3 li donen molta importància també a l'ajuda de l'entorn familiar. Per últim, la pacient 2 afegeix la importància de compartir aquesta experiència amb un grup de suport, en concret diu *“el fet de parlar amb gent que ha passat per experiències semblants, considero que és molt important i necessari”*.

-Pregunta: 11. Que destacaries com més dur durant aquest procés? Per contra quin moment recordes amb més alegria, o el qual fos més fàcil d'experimentar durant el tractament?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Pel que fa als resultats obtinguts en aquesta pregunta hi ha molta diversitat entre les pacients. La pacient 1 destaca com a més dur del procés el temps d'espera entre les visites i el fet de no saber com va tot, així com la informació que es dona en les visites, ja que com ella bé exposa *“tenen molta pressa, és a dir, van molt ràpid, van a mirar el que han de mirar i sí que miren que tot estigui bé, però no t'expliquen res, això també ho trobo un aspecte molt fred”*. Per altra banda, el que destaca com el moment amb més alegria és quan la prova d'embaràs va sortir positiva, i tots aquells contactes amb el nadó a través de les ecografies. Pel que fa a la pacient 2, aquesta destaca el fet de tornar a començar el procés quan no ha sortit bé, com el moment més dur i a la vegada com el moment de més alegria. Ho justifica dient *“A veure al mateix temps que tornar a començar és el més dur és també el més bonic diguem, ja que torna la il·lusió una*

altra vegada saps, l'esperança de vinga va que aquesta vegada sortirà bé. És com un subidon i bajon d'emocions molt gran". La pacient 3 ressaltava com a més dur els moments en els quals les puncions ovàriques eren negatives perquè l'estimulació no havia anat bé, ella descriu el moment com "A nivell estable sempre m'imagino com una muntanya russa, uns dies estava molt a dalt, superconvençuda que podíem aconseguir-ho i al dia següent estava molt a baix sense cap esperança, i a vegades pensava que em tornaria boja". Tanmateix comenta que un moment dur de la seva experiència va ser quan en una analítica li van trobar nivells de Cortisol molt elevats els quals tenien uns orígens estressants, i com ella ve diu "la meua ginecòloga em deia que era impossible que em quedés embarassada, i va ser en aquell moment que em vaig adonar que tenia un treball intern amb mi mateixa". Pel que fa al seu moment que destaca com més alegria durant el procés de reproducció, ella fa esment en el fet de poder descobrir i conèixer més a fons tot el procés reproductiu, i acaba afegint "considero que és bàsic poder donar una bona educació reproductiva i sexual". Per últim, la pacient 4 posa en el punt de mira com el moment més dur del seu procés l'avortament que va tenir a les 17 setmanes d'embaràs, ella ho relata de la següent manera "et pots imaginar va ser un cop brutal per nosaltres, després de totes les operacions, de tota la lluita, de tots els tractaments, les hormones, de la incertesa, dels nervis, de veure que la teua vida en els últims 2 anys pràcticament s'ha paralytitzat per aquest tema i que a sobre acabi d'aquesta manera en avortament, va ser horrible. De fet aquesta experiència va ser la pitjor que hem hagut de viure en la nostra vida". I pel que fa al seu moment com fàcil durant el procés ella destaca el tema de les injeccions d'estimulació ovàrica, ja que creia que ho portaria pitjor i al final ella recorda que "inlús cada vegada que ho feia recordo com un sentiment de superació i de "venirme arriba", pensant jo puc, m'estic punxant, hormonant i ho estic fent bé saps".

➤ **BLOC 3:**

c) Valoracions diverses:

Pregunta: 12. Què és el que més destaqués dels elements (professionals, informació rebuda, procediments, protocols, instal·lacions, recolzament, etc.) de la reproducció assistida que han estat present durant aquest procés reproductiu que has hagut de viure?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Totes les pacients tenen un bon record del tracte que van rebre del personal mèdic, tot i que com bé diu la pacient 1 *“no podem demanar que els professionals, tots, tinguin un tracte 10, això ja depèn de cada persona i del seu caràcter”*, però totes ressalten tenir una bona experiència respecte a aquest aspecte. Pel que fa al record que tenen de les instal·lacions, la pacient 1 i la pacient 3, comenten tenir un molt bon record i res a dir sobre millores d'aquestes. En referència a la informació rebuda, totes menys la pacient 1, la qual no va fer esment en aquest aspecte, comenten que la informació rebuda va ser sempre molt adequada i que no van sentir que els hi faltés, és més la pacient 3 comenta en relació aquest fet *“anava amb les meves preguntes apuntades al metge i li demanava tot allò que volia, i clar em donàvem molta informació que jo sol·licitava i la veritat que era una cosa que jo agraiïa moltíssim”*. La pacient 4 també destaca la seguretat que li van transmetre tots els protocols i les mesures seguides per la clínica, ja que com ella diu *“aquest fet em genera seguretat i tot el que em genera seguretat a mi m'aporta valor, i m'ajuda que el procés sigui millor, una mica més fàcil”*, tot i que també comenta la falta del factor psicològic en aquests processos i protocols. Per últim, totes menys la pacient 2 recorden tenir una bona experiència en relació amb tots aquests elements presents en el seu procés de reproducció, la pacient 2 en canvi, afegeix *“En general tinc un record com una muntanya russa, amb molts altibaixos”*.

-Pregunta: 13. Quins consells o quines paraules compartiries amb una dona o parella que està a l'inici d'aquest procés i que haurà de passar per la situació i experiència que tu ja has viscut?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Pel que fa als resultats extrets d'aquesta pregunta, es troba que les pacients han aportat consells i paraules amb diversitat d'opinions i amb alguna coincidència. En el cas de la pacient 1 i de la pacient 3, totes dues coincideixen en l'aspecte de transmetre la importància de la confiança en aquests casos, ja que com elles comenten és important que creguin i confien en el procés i en el seu objectiu. A més, la pacient 1 també afegeix el fet de l'esperança i l'energia durant aquest camí, ja que com ella comenta *“si per exemple el primer intent no s'ha quedat, doncs que ho tornin a provar que no passa*

res”. En el cas de la pacient 3, a part de la confiança ja anomenada, ella també considera molt important la seguretat durant el procés reproductiu, és a dir, ella explica que *“has d’estar molt segur de què vols aconseguir i que ho vols amb totes les teves forces, perquè el procés és molt dur, molt esgotador físicament i mentalment, en quan a parella, família, amics, tot, ja que és com un castell de naips, que si falla una cosa i cau una carta, la resta també poden caure”*. A més, coincideix amb la pacient 2, en el fet de ser realistes, i de no crear unes falses expectatives i esperances, avançant-se al que pugui passar i que encara no ha succeït. Com diu la pacient 2 *“mira si a la primera va bé, millor que millor, però que no pensin que tot anirà sobre rodes perquè després l’hostia amb perdó és molt més forta”*. Aquesta pacient (2), tanmateix afegeix, la importància de tenir paciència durant tot el procés. Per últim la pacient 3, la qual ha aportat consells i paraules totalment diferents de la resta de les pacients, comenta que per ella és molt important l’elecció de la clínica, com ella bé diu *“...tinguin atenció 24 hores, tinguin bon feeling amb el ginecòleg i amb tot l’equip mèdic en general, que la clínica tingui el seu propi laboratori... que puguis veure que realment se centren en el teu cas i que no ets només un número més o un altre al qual treure-li els cèntims”*. Així mateix, destaca la importància de demanar suport psicològic sempre que es necessiti.

-Pregunta: 14. En el teu cas, existia la figura del psicòleg en el teu centre de reproducció? Vas necessitar en algun moment aquest suport? Consideres que hauria d’existir la figura del psicòleg dins dels centres de reproducció assistida? O amb la xarxa de professionals sanitaris que conformen els centres de reproducció assistida, ja és suficient?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Pel que fa a l’existència de la figura del psicòleg en els centres reproductius en els quals les pacients van dur a terme els seus processos, es troba que la pacient 2 i la pacient 3 comenten que no existia aquesta figura en els seus centres. En canvi, pel que fa a la pacient 1 i a la pacient 4, sí que existia aquesta figura del psicòleg en els seus centres, tot i que cal esmentar que la pacient 4 comenta que *“es veu que sí que existia, però a nosaltres ningú ens va parlar d’ell ni d’aquest servei”*. Només la pacient 1 va rebre aquest suport i servei psicològic dins del seu centre reproductiu. La pacient 2 i la pacient 4 van haver de ser elles les que van buscar un psicòleg extern al centre que

realitzes aquest suport durant el procés, donades les afectacions que estaven patint. En concret, la pacient 2 comenta que va ser degut a l'impacte emocional que va patir arran d'un embaràs ectòpic, quan ella va buscar aquest suport, *“jo realment vaig sentir com si perds algú saps, jo que sé com quan es mort una persona doncs igual, i em vaig sentir francament dolguda i passant aquest dol”*. Pel que fa a la pacient 3, donat el cas que la seva mare era psicòloga no va recórrer a buscar altres serveis psicològics, tot i que sí que comenta que *“creia necessari poder buscar una altra persona amb qui parlar, algú extern, i de fet al final no ho vaig buscar perquè vaig trobar per altres vies per aquest acompanyament i aquest espai on desfogar-me, en aquest cas a través del ioga hormonal”*.

Finalment totes les pacients coincideixen en el fet de trobar imprescindible l'existència del psicòleg en els centres reproductius i que per tant, aquest formi part de l'equip de professionals que atenguin als pacients. En paraules de la pacient 2 *“És molt important aquest acompanyament tant en el diagnòstic, durant el tractament i el després d'aquest”*, i complementant-ho amb paraules de la pacient 1 *“tenir professionals que et puguin acompanyar i donar resposta a aquestes preguntes i incerteses és molt important i pot fer reduir totes aquestes emocions i pensaments adversos que poden anar apareixent”*.

-Pregunta: 15. T'agradaria explicar alguna anècdota o afegir alguna cosa més?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

En aquesta última pregunta de l'entrevista realitzada a les pacients, els resultats obtinguts són força divergents, tot i que també es troben algunes similituds. La pacient 1 parla de la importància i relació que pot tenir l'estat físic amb l'estat emocional, ella comenta que *“si tu et trobes millor o pitjor durant els mesos d'embaràs, també pot influir en el teu estat d'ànim i en la teva autoestima... tots aquests canvis físics poden augmentar aquest malestar emocional, per això és important aquest acompanyament i la informació al respecte”*. Un tema en el qual han coincidit totes les pacients menys la pacient 1 i perquè aquesta no es troba en la mateixa situació (mare soltera per elecció), és el tema dels efectes que acaba produint en la parella tot aquest procés reproductiu, en aquesta línia la pacient 4 afegeix *“Jo amb totes les dones que he parlat d'aquest tema, coincideixen amb mi en aquest punt d'unió o separació amb la teva*

parella”. Així mateix, la pacient 2 també destaca els efectes i la vida després de tot aquest procés reproductiu comentant que hi ha gent que no és del tot feliç inclús després d’aconseguir tenir un fill, a causa dels altibaixos i desgast emocional del tractament. Pel que fa a la pacient 3, aquesta també comenta aquests altibaixos i inestabilitat emocional que s’experimenta durant tot el procés reproductiu, així com parla de la importància del benestar emocional per poder arribar a aconseguir l’objectiu, com ella bé explica *“és bo exterioritzar i treure tot, però que després t’has d’aixecar i refer, si tu vols aconseguir aquest objectiu has de tenir en compte que trobaràs pedres i grosses. Per això et comento l’important que és aquest canvi de xip a nivell emocional. ...l’estrès és dolentíssim en tots els aspectes de la vida i no deixa que el cos funcioni de manera correcta*”. Per últim la pacient 4, també destaca els canvis i afectacions emocionals que causa aquest procés en la persona, segons ella convertint-te en una persona més forta, resilient, optimista, empàtica. Per últim, acaba comentant la importància de fer treballs com aquests i poder donar visibilitats a temes que continuen sent tabú en la societat, ella diu que *“existeixen parelles que ho arriben a passar molt i molt malament, i que inclús abandonen els tractaments perquè pensen que no podran, però ja per causes psicològiques, que és el realment trist, i clar que abandonin per causes psicològiques d’esgotament i moltes vegades per falta de suport i ajuda, considero que és molt trist i que és molt necessari poder canviar-ho*”.

Resultats de les entrevistes dirigides als psicòlegs professionals:

➤ BLOC 1:

a) Vivències de la reproducció assistida i del tractament:

-Pregunta: **1. Que ha suposat per la nostra societat l’avenç en la reproducció assistida?**

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

La psicòloga 1 comenta que el tema de la reproducció assistida encara és un tema complex per la societat, el qual encara ha de canviar i evolucionar sobretot en temes ètics i de vocabulari, tot i això afegeix que suposa una gran ajuda per les persones que volen aconseguir formar una família. Pel que fa a la psicòloga 2, aquesta destaca el gran avenç positiu que ha suposat per la societat la reproducció assistida, així com l’alternativa que suposa per aquelles persones que no poden ser pares de forma natural,

coincidint en aquest aspecte amb la psicòloga 1. En paraules de la psicòloga 2 *“crec que cada vegada i per la present situació, la gent té feina més tard, té una estabilitat econòmica i familiar més tard també, per això crec que és una bona alternativa”*.

-Pregunta: 2. Quin paper té avui en dia en la nostra societat el concepte de maternitat i de paternitat?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

En aquest cas, les dues psicòlogues coincideixen parlant de l'evolució dels diversos tipus de família que existeixen actualment en la societat, en concret parlant de famílies monoparentals, homosexuals, separades, i inclús de famílies que escullen no tenir fills. La psicòloga 1 explica que *“cada vegada hi ha una diversitat social més gran, però penso que a nivell legislatiu la família tradicional és el que encara impera. Veig com que hi ha un desajust que tard o d'hora haurà de mirar-se i abordar en aquesta direcció, perquè d'aquí a 30 anys la família tradicional sota el meu punt de vista, serà la menys tradicional a la societat”*. Així mateix la psicòloga 2 acaba comentant en relació amb l'evolució dels conceptes de maternitat i paternitat que, *“crec que ha avançat positivament i que seguirem així”*.

-Pregunta: 3. Quins són els principals motius (causes i factors de risc) que poden predisposar a una persona a sotmetre's a un tractament de reproducció assistida?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Pel que fa als resultats extrets d'aquesta pregunta, es troba que les psicòlogues han aportat opinions i paraules molt semblants. Totes dues coincideixen en el fet que les causes que poden predisposar a una persona a sotmetre's a un tractament de reproducció assistida poden ser multifactorials, ja que poden posar-se en joc problemes genètics dels aparells reproductius tant de l'home com de la dona, així com factors ambientals i socials com hàbits tòxics com fumar, beure alcohol, l'esport, l'alimentació o les malalties de transmissió sexual. Tanmateix la psicòloga 2 afegeix que la dona sol ser la que presenta més dificultats reproductives, sobretot associades a la baixa reserva ovàrica, ella expressa que *“en general el principal motiu és pel tema de la reserva ovàrica de la dona, ja que al final a partir dels 30 anys comença a baixar molt la qualitat dels òvuls i a partir dels 35 encara és pitjor la baixada”*. Així mateix aquesta psicòloga (2), comenta que altres causes de les persones que acudeixen als centres de

reproducció assistida solen ser dones que volen ser mares solteres o parelles de dones homosexuals.

-Pregunta: **4.Com es fa la detecció i el pronòstic de la impossibilitat de tenir fills de forma convencional? Quin és el tractament més comú? Quin seguiment de control es fa de la pacient durant el procés?**

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

En aquest cas les dues psicòlogues coincideixen en comentar que la detecció i el pronòstic de la impossibilitat de tenir fills es fa per mitjà d'estudis que es realitzen a la parella tant a través de provés hormonals, genètiques i analítiques. La psicòloga 1 comenta que *“En teoria s’hauria de fer un estudi complet de la parella, en teoria, perquè moltes vegades fem un estudi molt bàsic i llavors passen coses com avortaments, penso que s’hauria de tenir una mica més de consciència i fer un treball més en equip, i una bona avaluació, ja que aquests fets garantiran un menor cost emocional i econòmic dels pacients. En definitiva, intentar i mirar d’humanitzar una mica la medicina”*. Pel que fa al tipus de tractament més comú, la psicòloga 1 explica que tot depèn de la parella i de la complexitat de la situació, però que en general se solen fer Inseminacions Artificials, una Fecundació In Vitro o una ICSI, i que l’ideal seria començar per el menys invasiu. La psicòloga 2, coincideix en dir que la FIV és un dels tractaments més comuns que es realitzen, i a més afegeix l’ovodonació com un dels altres tractaments que més s’utilitzen. Per últim, en referència al seguiment que es realitza en cada cas les dues psicòlogues coincideixen en dir que el seguiment que es realitza és purament mèdic, i en paraules de la psicòloga 1 *“contra més complexitat impliqui el tractament major seguiment i també major estrès pels pacients sota el meu punt de vista”*. A més també afegeix que aquest seguiment més emocional ho solen fer les infermeres. Finalment la psicòloga 2 afegeix *“a mi evidentment em sap molt de greu que no hi hagi aquesta part de psicologia més present, però a no ser que el pacient digui ho necessiti o que es vegi molt rellevant, no hi ha aquest acompanyament, no”*.

➤ **BLOC 2:**

b) Aspectes afectius i emocionals:

-Pregunta: 5. Quins efectes psicològics o manifestacions emocionals poden sorgir en els pacients durant el procés de reproducció assistida?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Els resultats obtinguts per les psicòlogues en aquesta pregunta són molt semblants, tot i això hi ha petites diferències en alguns aspectes. Les dues psicòlogues coincideixen en el fet que els efectes psicològics o manifestacions emocionals més comuns que poden sorgir en els pacients durant el procés de reproducció assistida, són l'ansietat, estrès i la depressió. Així mateix la psicòloga 1 comenta que tot depèn però de cada persona i de tal com diu ella *“de la personalitat de la persona, de si en general ja és propensa a tenir més trets ansiògens o menys, dependrà de la motxilla que ja tingui saps, i de les estratègies per afrontar-ho”*. Tanmateix comenta que el primer tractament sol ser el més ansiogen. La psicòloga 2, a més de tota aquesta simptomatologia ansiògena, depressiva i estressant, deguda a alts nivells de medicació, visites mèdiques i estigma social, comenta que solen aparèixer també sentiments de culpabilitat i de responsabilitat, i sobretot més en dones que en homes. Per últim aquesta mateixa psicòloga (2), també afegeix l'afectació i desgast que poden patir les parelles en la seva relació conjugal a causa dels efectes d'aquest procés de reproducció assistida.

-Pregunta: 6. Existeix alguna correlació entre un major impacte emocional durant el procés de reproducció assistida i l'èxit d'aquest? És a dir, consideres que pot tenir relació el fet que una dona pugui tenir més o menys èxit reproductiu durant aquest procés, si aquesta experimenta un impacte emocional negatiu?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Totes dues psicòlogues coincideixen en el fet d'afirmar que existeix una correlació entre l'impacte emocional de la dona durant el procés de reproducció assistida i l'èxit d'aquest. La psicòloga 1 sobretot ho atribueix a la relació que existeix entre cos i ment, impossible de dissociar. Ella comenta que *“tot i que les persones puguin tenir dificultats per poder expressar les seves pròpies emocions, aquest fet acaba fent que somatitzin, ja que tot i que no hi ha consciència sí que hi ha un efecte”* i acaba afegint que una bona avaluació inicial seria ideal per a poder dur a terme una bona gestió emocional des de l'inici del procés, fet que a part de millorar positivament l'èxit del tractament, ajudaria a l'adherència del tractament, ja que com ella bé diu *“quan hi ha una mala gestió emocional els pacients solen abandonar el tractament, així que també*

repercutiria en l'adherència al tractament". La psicòloga 2, afegeix que aquesta correlació negativa de major estrès pitjor qualitat o taxa d'embaràs, no només es pot veure en els pacients, sinó que en el cas dels donants també succeeix el mateix. En paraules seves *"per exemple quan en un donant hi ha molt estrès la qualitat de l'esperma o dels òvuls no és la mateixa"*.

-Pregunta: 7. Quin tipus de suport o acompanyament realitzeu com a professionals des dels centres de reproducció assistida als pacients que hi acudeixen? Que persegueu amb aquest acompanyament, que voleu aconseguir? Abordatge psicològic i tècniques que utilitzeu.

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Tant la psicòloga 1 com la psicòloga 2, coincideixen a dir que el tipus de suport i acompanyament que es proporciona és tant a nivell personal, com de parella (en els casos que hi hagi), avaluant totes aquelles àrees en les quals es cregui que pot estar repercutint negativament el procés reproductiu. En el cas de la psicòloga 1 aquesta comenta que aquest servei no s'ofereix, sinó que han de ser els pacients qui el sol·licitin, en canvi la psicòloga 2 comenta que sempre s'ofereix la primera visita gratuïta als pacients per tal que coneguin que existeix aquest servei, tot i que explica que *"molts pacients no acaben venint, perquè bueno jo crec que ja els hi suposa prou temps el tractament en sí, molt desgast emocional i econòmic, com per plantejar-se haver d'anar amb un psicòleg saps"*. La psicòloga 1 fa molt èmfasi en el fet que *"com més aviat i millor comencem a digerir tota aquesta situació, doncs millors estratègies d'afrontament podran tenir i desenvolupar, millors formes de regular-se i de digerir cada part del procés i dels resultats"*. Per últim, pel que fa al tipus de tècniques i estratègies que utilitzen, la psicòloga 1 explica que treballa a partir d'un enfocament cognitiu conductual per determinades coses i també amb EMDR, i pel que fa a la psicòloga 2 aquesta comenta que sobretot treballa amb pacients per tema d'ovodonacions i de processos de dol, i que ho solen fer en trobades puntuals, és a dir, no existeix un procés terapèutic llarg.

-Pregunta: 8. Amb quines mancances, necessitats, demandes, peticions, etc. us trobeu durant aquest acompanyament a les parelles o dones que se sotmeten a un procés de reproducció assistida?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Els resultats extrets en aquesta pregunta mostren molta diversitat entre les respostes de les dues psicòlogues. Per una banda, la psicòloga 1 comenta que el més frustrant per ella i una de les grans mancances que es troba durant aquest acompanyament a les parelles o dones que se sotmeten a un procés de reproducció assistida, és la falta d'educació sexual i reproductiva que hi ha a la societat. Segons les seves paraules *“aquest és el hàndicap que jo trobo, que com que no ens eduquen de manera correcta, és a dir, ens eduquen ginecològicament per ser mares, en el cas de les dones, però no psicològicament, les dones no saben ven bé el que volen, senten que no tenen el control de la seva vida perquè depens de tractaments i del que et digui un metge”*. Així mateix aquesta psicòloga (1), afegeix la dificultat que suposa trobar d'ajustar les expectatives dels pacients, ja que la incertesa que viuen durant tot el tractament complica molt aquesta tasca. Per altra banda, pel que fa a la psicòloga 2, sobretot destaca com a dificultats i mancances la falta de temps a les visites i la falta d'un espai en el qual es reconeixin aquestes emocions, tal com ella expressa *“Llavors no crec que hi hagi una invalidació de les emocions com a tal, però no se'ls i donen l'espai que necessiten, per això jo veig necessari que hi hagi un espai per tema emocions”*. Finalment acaba aportant la idea de crear grups d'acompanyament a les clíniques, en paraules seves *“seria molt interessant poder crear aquest espai on gent que està passant pel mateix pugues compartir experiències i opinions”*, ja que com també ella comenta, sol ser un tema que s'amaga a l'entorn de les persones que passen per aquest tipus de processos reproductius, generant més malestar en les parelles, ja que no tenen ningú més amb qui parlar d'aquest tema, que s'acaba convertint en monotema entre elles.

-Pregunta: 9.Quina influència o canvi pot suposar pels pacients el fet de poder tenir un acompanyament psicològic durant el procés de reproducció assistida?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

La psicòloga 1 comenta que tot depèn de la persona i/o de la parella i de les seves característiques individuals, hi haurà gent que segons ella es prengui el procés com un repte i per tant tingui emocions més positives, i en canvi hi haurà altra gent que s'ho prengui com una amenaça generant així emocions més negatives i de mal estar, i que per tant aquest suport dependrà de tots aquests factors. La psicòloga 2 per la seva banda, comenta que sobre tot aquest acompanyament psicològic pot influenciar sobretot en

dos temes. Per una banda, pel que fa a l'afectació del tractament en si i a l'èxit d'aquest, i per altra banda, pel que fa a l'abandonament del tractament. Ella comenta que *“crec que també es deixa per temes emocionals, és a dir, veig que estic molt saturada i esgotada, que no he acabat el dol de l'anterior intent o avortament i ja estic començant un nou procés, per això seria molt important poder treballar totes aquestes emocions per tal de fer-los el procés més fàcil”*. Sobretot destaca el fet que les parelles sempre volen seguir i seguir sense veure que no estan bé emocionalment i psicològicament per fer-ho i al final com ella bé comenta *“en ocasions poder arribes aquest objectiu final i la persona està tan desgastada que ja no és el que esperava, poder sí que a nivell de parella estem intentant crear aquest oceller però és que el niu s'ha desfet per complet”*.

-Pregunta: 10. Consideres que el fet de conèixer la vivència dels pacients que se sotmeten a un procés de reproducció assistida i com els professionals són o no una font de suport emocional, pot ajudar a millorar aquestes experiències i vivències dels pacients i a l'hora a millorar els recursos i les tècniques utilitzades en els centres de reproducció assistida?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Totes dues psicòlogues coincideixen en el fet que poder conèixer i visibilitzar aquesta vivència i aquest procés pot ajudar i molt a la població en general i a millorar les experiències que es viuen durant aquests tractaments de reproducció assistida. La psicòloga 1 comenta que *“és necessari humanitzar aquest procés, no pot ser que només es tingui en compte la medicació i sobretot és necessari treballar a nivell preventiu i individualitzant cada tractament clar”*. La psicòloga 2, afegeix la importància de treballar el tema de la prevenció i educació que no es dona envers el tema de la fertilitat i la reproducció, ja que segons com ella diu *“per mi aquest seria un gran punt a tenir en compte, ja que un cop informada la gent, ja que cadascú decideixi si s'espera i s'arrisca, al final és com donar la responsabilitat i oportunitat que cadascú decideixi i que tingui aquesta informació”*. Per últim, comenta que les clíniques de reproducció no els interessa treballar tot aquest tema de prevenció de la fertilitat i que és un aspecte al qual no se li dona la visibilitat que necessitaria.

➤ BLOC 3:

c) Valoracions diverses:

Pregunta: 11. Com a psicòleg present en un centre reproductiu, consideres que hauria d'existir la figura del psicòleg dins de tots els centres de reproducció assistida? O amb la xarxa de professionals sanitaris que conformen els centres de reproducció assistida, ja és suficient?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Tant la psicòloga 1, com la psicòloga 2 coincideixen en la idea que hauria d'existir i estar present la figura del psicòleg en els centres reproductius, ja que com comenta la psicòloga 2, *“hauria d'estar present en tots els centres, independentment que els pacients vulguin anar-hi o no, però almenys que puguin tenir la possibilitat de poder anar-hi”*. Així mateix, la psicòloga 1 complementa la resposta amb la idea que hauria de ser un treball complementari i conjunt amb tots els altres professionals del centre, que permeti als pacients tenir una informació més ampla i enriquidora de tot el procés. Per últim, la psicòloga 2 comenta que la figura del psicòleg és essencial a les clíniques de reproducció en tot moment, però sobretot en temes de donació de material genètic (ovodonació), per tots aquells dubtes i pors en relació amb tenir un fill que no és del tot teu.

-Pregunta: 12. Alguna vegada has parlat amb companys del treball o del mateix àmbit sobre la importància o no de treballar i abordar aquest tema de l'impacte emocional que pateixen els pacients?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Pel que fa als resultats obtinguts en aquesta resposta, les dues psicòlogues coincideixen en el fet d'haver parlat amb companys de feina sobre la importància d'abordar i donar visibilitat aquest tema de l'impacte emocional que pateixen els pacients durant els processos de reproducció assistida. La psicòloga 1, expressa el fonamental que és poder parlar d'aquest tema i sobretot destaca que tot i que actualment no sigui obligatòria aquesta figura del psicòleg en els centres reproductius i que no estigui implementada en el sistema, com ella bé diu *“al treballar amb persones és fonamental treballar en equip, involucrant-te al màxim per poder cuidar i donar la millor experiència possible als pacients i parelles que venen a la clínica”*. La psicòloga 2 afegeix la idea que la societat pugui estar informada i preparada per poder acompanyar a persones, ja siguin familiars o amics que estan passant per aquests processos, perquè en paraules d'aquesta psicòloga *“molta gent no sap acompanyar, sinó que es limiten a paraules o expressions*

com no et preocupis, relaxat que ja et quedares embarassada, llavors clar tots aquests comentaris poden acabar generant molt mal estar”, les quals encara poden acabar generant més mal estar, per això és molt important donar veu aquest tema.

-Pregunta: 13. Que proposaries per millorar les situacions i experiències emocionals dels pacients que se sotmeten aquest tipus de tractaments reproductius? Quin paper tindria el psicòleg en tot això?

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

Pel que fa als resultats obtinguts en aquesta pregunta, mostren una total polarització de les respostes donades per les dues psicòlogues. Les propostes de millora plantejades per la psicòloga 1, van dirigides a una formació específica de tots els professionals del centre reproductiu, com ella comenta *“que tots els professionals que integrem els equips de reproducció assistida, tinguem coneixement sobre l’impacte emocional, sobre com donar les notícies, una mica treballar aspectes com l’empatia, la comunicació i que per lo menys de primeres tinguem recursos per no generar un efecte nocebo en els pacients”,* ja que d’aquesta manera es podria treballar cap a una humanització de la medicina. Pel que fa a les propostes formulades per la psicòloga 2, aquestes van dirigides per una banda, sobretot a establir uns preus més assequibles pels pacients envers aquest servei psicològic, o que inclús aquest servei s’inclogués dins del paquet reproductiu de la clínica, segons el que ella comenta *“considero que seria molt més fàcil perquè després no tindran tantes reticències a nivell econòmic, no ho veuran com que són els únics que necessiten d’aquest servei”.* I per altra banda, a la creació de tallers informatius o de gestió de les emocions a partir dels quals poder treballar totes aquestes emocions i el seu maneig durant el procés reproductiu, ella afegeix que *“considero que seria un aspecte a tenir en compte i que seria molt positiu pels pacients”.*

-Pregunta: 14. Com gestiones tot el còctel emocional que pot produir una feina com la que es desenvolupa en un centre de reproducció assistida? Vivència personal treballant en l’àmbit reproductiu.

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

En aquest cas, les dues psicòlogues expressen maneres diverses de gestionar la vivència personal i impacte emocional que suposa treballar en un centre de reproducció assistida.

La pacient 1, explica que el que fa ella és acudir a teràpia i posar en joc estratègies reguladores i sobretot treballar per la pròpia estima i autocuidado per tal de tenir un bon equilibri. La pacient 2 en canvi, comenta que sobretot es recolza en el suport de la seva parella i que al principi de començar a treballar en aquest àmbit l'afectaven molt més tots els successos, però que la final com ella diu *“encara que soni malament, al final acabes relativitzant una mica les situacions, també per poder-los acompanyar bé, i que no es donin casos de transferència d'emocions”*.

-Pregunta: **15.T'agradaria explicar alguna anècdota o afegir alguna cosa més?**

Síntesi i aspectes rellevants de la pregunta

En aquesta última pregunta de l'entrevista realitzada a les psicòlogues, els resultats obtinguts són força divergents. En primer lloc, la psicòloga 1, parla sobre la importància d'una bona educació preconcepcional per lluitar contra la desinformació que existeix envers el tema de la infertilitat i els hàbits de vida que poden afectar a aquesta capacitat reproductiva tant de dones com d'homes. Com ella bé comenta *“una bona educació preconcepcional és fonamental i que s'hauria de sensibilitzar a la població respecte a allò que sí que es pot fer a favor de la fertilitat i que es desconeix”*, ja que aquesta educació ajudarà a poder canviar aquells hàbits de la vida que són perjudicials per a la fertilitat. Així mateix també afegeix, que el seguiment de la fertilitat de l'home és escàs o nul en comparació al de la dona, a causa també d'aquesta falta d'educació i control sobre els hàbits socials. Per últim acaba afegint que *“tota aquesta desinformació considero que s'hauria de treballar molt més i que els professionals que treballem en aquest àmbit tenim aquesta responsabilitat també”*. En segon i últim lloc, la psicòloga 2, destaca sobretot l'estat emocional de l'home durant aquesta experiència reproductiva, ja que com ella bé argumenta no es dona la mateixa importància a l'estat emocional de la dona que al de l'home, inclús en l'atenció a consulta pels metges i infermeres, els quals només se solen dirigir a la dona. En paraules seves *“hi ha una diferència i potser els homes també els temes de les emocions a vegades són més freds, ho porten més per dins, però tot i això se'ls hauria de donar aquesta llibertat de poder-se expressar”*.