



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Propuesta de Intervención para la Prevención de la Ansiedad y la Depresión en Mujeres con Problemas de Fertilidad

Autor/a: María Fuertes Alegre

Director/a: Verónica Martínez Borba

Curso Académico 2023/2024

Teruel, 2 de marzo de 2024



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

Índice

Resumen/Abstract	3
Introducción	4
Objetivos	9
Beneficiarios	10
Metodología	10
Participantes.....	10
Instrumentos.....	10
Procedimiento.....	13
Diseño de las Sesiones	14
Recursos	18
Presupuesto.....	19
Análisis estadístico	19
Resultados esperados	19
Conclusiones	22
Referencias.....	24
Anexos	30

Resumen/Abstract

En España 72.249 mujeres con problemas de fertilidad fueron tratadas mediante Tratamientos de Reproducción Asistida (TRA) el año 2021. Aunque los TRA ofrecen la oportunidad de conseguir el embarazo deseado, también se relacionan con la aparición de trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión. Existen numerosos programas psicológicos para tratar estos problemas, sin embargo, apenas existen programas preventivos, que permitirían reducir los costes económicos y personales asociados a la cronificación de estos síntomas. El objetivo del presente trabajo es diseñar un programa psicológico para prevenir la aparición de la ansiedad y depresión en mujeres que están recibiendo TRA. Se ofrecerá este programa grupal a mujeres mayores de edad atendidas en la unidad de reproducción asistida del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Con este programa se espera, mejorar el conocimiento sobre la infertilidad, los TRA y las habilidades de regulación emocional, atención plena, flexibilidad cognitiva y comunicación asertiva. Si se demuestra la utilidad clínica del programa esto podría suponer un impacto positivo en las mujeres que reciben TRA al reducir su sufrimiento y, por tanto, los abandonos de los TRA.

Palabras clave: Problemas de fertilidad, prevención, técnicas de reproducción asistida, depresión, ansiedad.

During 2021, 72.249 women with fertility problems were treated with Assited Reproductive Techniques (ART) in Spain. Although ART offers a chance to achieve the desired pregnancy, they are also related to the onset of emotional disorders such and anxiety and depression. There are several psychological programs to treat these emotional disorders. However, the availability of preventive interventions that would reduce the economic and personal burden of these psychological problems is scarce. The objective of this work is to design a psychological program to prevent the onset of anxiety and depressive symptoms in women receiving ART. This group program will be offered to women of legal age treated in the assisted reproduction unit of the Hospital Universitario Miguel Servet in Zaragoza. We hope this program help to improve knowledge about infertility and ART, emotional regulation, skills related with mindfulness, cognitive flexibility and assertive communication. If the clinical usefulness of the program is demonstrated, it would have a positive impact on women who receive ART, reducing women's suffering and the related TRA dropouts.

Keywords: Fertility problems, prevention, assisted reproduction techniques, depression, anxiety.

Introducción

La infertilidad se define como una enfermedad caracterizada por la imposibilidad de lograr el embarazo, después de 12 meses teniendo relaciones sexuales regulares y sin protección en la fase fértil del ciclo femenino (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Según la OMS, la infertilidad es un problema de salud a nivel mundial, ya que se estima que una de cada seis personas ha experimentado infertilidad en algún momento de sus vidas (OMS, 2023). En términos generales, el porcentaje de personas que ha sufrido infertilidad a lo largo de su vida es del 17,5% (Cox et al., 2022), no observándose diferencias significativas entre la prevalencia de este problema en diferentes países, independientemente del nivel de ingresos (17,8% en países con altos ingresos y 16,5% en países de bajos y medios ingresos; Cox et al., 2022).

Actualmente existen una gran variedad de opciones para las mujeres que desean quedarse embarazadas, pero no lo consiguen de manera convencional, gracias a las técnicas de reproducción asistida (TRA), entre las más comunes se encuentran la inseminación artificial (IA) y la fecundación in vitro (FIV). La primera consiste en depositar de forma artificial el semen en el tracto de reproducción femenina, puede ser intracervical o intrauterino, ambos procedimientos se pueden llevar a cabo en ciclos naturales o tras la estimulación ovárica (Kop et al., 2018), con el objetivo de acortar la distancia que separa al óvulo del espermatozoide, facilitando el encuentro entre ambos (Sociedad Española de Fertilidad [SEF], 2021). Además, se puede realizar con semen de la pareja o de un donante anónimo (SEF, 2021). La FIV es un procedimiento más complejo, el primer paso es la estimulación ovárica de la mujer, para inducir el desarrollo de folículos ováricos, una vez que los ovocitos están formados se procede a su extracción, para la posterior fertilización de los ovocitos en el laboratorio. Este proceso se puede llevar a cabo de dos maneras, la primera de ellas consiste en poner en contacto a los espermatozoides con el ovocito, para que se produzca la fecundación de manera natural, la segunda consiste en introducir mediante la inyección intracitoplasmática el espermatozoide directamente dentro del ovocito. En ambos casos tras unos días desde la fertilización de los ovocitos se realiza la transferencia embrionaria al útero de la madre (SEF, 2021; Zegers-Hochschild et al., 2017).

En Europa el número de TRA sigue aumentando cada año, en 2018 se produjeron en total 1.007.598 ciclos, frente a los 940.503 que se realizaron en 2017, es decir, un aumento del 7,1% (Wyns et al., 2022). En concreto España, es el segundo país europeo que más

tratamientos de este tipo realiza al cabo del año, observándose también, un aumento progresivo en la cantidad de ciclos realizados respecto a años anteriores (125.592 en 2017 y 140.498 en 2018; Wyns et al., 2022). Sin embargo, según el Registro Nacional de Actividad de la SEF, en el año 2021 se redujo el número de TRA realizados (38.431 mujeres fueron tratadas mediante FIV y 33.818 se sometieron a IA), consiguiendo el nacimiento total de 9.320 niños y niñas con vida (5.032 por FIV y 4288 por IA; SEF, 2021). Esta reducción en el número de TRA realizados se puede deber a la pandemia por COVID-19, ya que muchos procedimientos médicos se paralizaron o redujeron durante este periodo.

Aunque este tipo de tratamientos ofrece una gran oportunidad a las mujeres que quieren conseguir el embarazo, también conllevan una serie de consecuencias negativas para ellas, llegando a experimentar un gran malestar general debido a numerosos factores, algunos son individuales, como por ejemplo el deseo de tener un hijo propio o formar una familia y la frustración al no poder conseguirlo (Massarotti et al., 2019). Otros en cambio, están relacionadas con la pareja, familia o incluso la sociedad (Massarotti et al., 2019). Por ejemplo, entre estos factores sociales destaca la sensación de no cumplir con las expectativas de la sociedad, lo que actúa como un poderoso factor estresante (Massarotti et al., 2019). Sin embargo, los TRA no sólo afectan a las mujeres por estos factores, sino que también influyen las dificultades asociadas a los propios tratamientos, tanto físicas como emocionales (Rich y Domar, 2016). La carga física deriva principalmente del dolor provocado tanto por las inyecciones que se deben de administrar las mujeres regularmente, como por otros procedimientos médicos llevados a cabo durante los TRA, como la extracción de ovocitos (Van Den Broeck et al., 2009). La carga emocional está asociada comúnmente con la frustración y tristeza derivadas de no conseguir el embarazo tras varios intentos (Van Den Broeck et al., 2009).

Tal es el impacto de la infertilidad y los TRA en la vida de la mujer que se consideran factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión en las mujeres (Hussain et al., 2022). Según el estudio llevado a cabo por Hussain et al. (2022), las mujeres con infertilidad tienen un riesgo 1,6 veces mayor de padecer ansiedad y un riesgo 1,4 veces mayor de padecer depresión que las mujeres fértiles. Por lo tanto, debe considerarse una advertencia seria y prestarle especial atención.

El hecho de sufrir ansiedad o depresión asociada a los problemas de fertilidad puede tener un impacto negativo en la vida de la mujer y en la consecución de sus objetivos vitales.

Por ejemplo, Crawford et al. (2017) tenía interés en comprobar no solo la presencia de depresión en estas mujeres, sino también si esta influía en el inicio de los tratamientos de infertilidad. Encontraron que el 50% de las mujeres con infertilidad se sentían deprimidas la mayor parte del tiempo o todo el tiempo, dando como resultado que las mujeres que presentaban depresión tenían menos probabilidades de iniciar el tratamiento que las mujeres que no mostraban síntomas de depresión, específicamente de los tratamientos por vía oral y FIV (Crawford et al., 2017). Por otra parte, se ha encontrado que las mujeres con ansiedad y depresión es más probable que, una vez iniciados los TRA abandonen los mismos (Domar et al., 2010). Parece que una de las razones principales para interrumpir estos tratamientos es la carga psicológica y la necesidad de tomarse un descanso (Domar et al., 2010).

Debido a la gran afectación de la infertilidad en la salud psicológica de las mujeres, han sido múltiples los programas psicológicos propuestos por la literatura. Un reciente meta-análisis ha mostrado que los tratamientos psicológicos son eficaces para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en mujeres con problemas de fertilidad, en especial se recomienda el uso de la terapia basada en la atención plena (AP) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC; Zhou et al., 2021).

Las intervenciones basadas en AP están siendo cada vez más utilizadas para reducir los síntomas de ansiedad y depresión en población general (Eisendrath et al., 2016; Hoge et al., 2015). Además, se están comenzando a aplicar en diferentes ámbitos, entre ellos en mujeres con problemas de fertilidad. Así, han sido varios los estudios que demuestran la eficacia de este tipo de terapias para reducir los síntomas de ansiedad y depresión en esta población. Por ejemplo, en el estudio realizado por Nery et al. (2018), se aplicó un programa basado en AP (meditación, relajación, entrenamiento autógeno, imágenes guiadas y biorretroalimentación) a 178 mujeres de entre 18 y 50 años con diagnóstico de infertilidad. El programa tuvo una duración de diez sesiones grupales de dos horas de duración distribuidas a lo largo de diez semanas. Tras el programa, estos autores obtuvieron resultados positivos en la reducción de los síntomas de estrés y depresión, así como una mejora significativa de la calidad de vida de las participantes (Nery et al., 2018). Resulta relevante destacar, que este tipo de terapia podría ser eficaz en versiones breves, ya que se han encontrado mejoras en los síntomas depresivos y en la calidad del sueño, con sólo cuatro sesiones grupales de una hora de duración y 20 minutos de práctica diaria en casa (Bai et al., 2019).

Parece que la mejora de los síntomas de ansiedad tras la aplicación de programas basados en AP, podría explicarse por el cambio que realizan las mujeres con problemas de fertilidad a la hora de afrontar las situaciones estresantes de sus vidas, pasando de la evitación experiencial a una mayor apertura a la hora de contactar con las experiencias aversivas (Galhardo et al., 2019). Al mismo tiempo, parece que la mejora de los síntomas depresivos de las mujeres con problemas de fertilidad se relaciona con el aprendizaje adquirido sobre dejar de juzgar su experiencia interna, uno de los componentes principales de la AP, siendo al mismo tiempo menos críticas, más abiertas y receptivas hacia las experiencias emocionales (Galhardo et al., 2019). Además, algunos autores han encontrado que las mejorías encontradas tras la aplicación de un programa basado en AP son independientes del éxito de los TRA, reforzando la idea de que este tipo de programas pueden facilitar el ajuste psicológico de las participantes incluso cuando aparecen situaciones estresantes (Galhardo et al., 2019).

Por otra parte, la TCC centrada en la modificación de las conductas disfuncionales, los pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y las actitudes desadaptativas, es otra de las corrientes psicológicas que ha mostrado su eficacia en infertilidad (Zhou et al., 2021). La TCC es considerada actualmente como un tratamiento de primera línea tanto para ansiedad como para depresión (Álvarez et al., 2023; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2011, 2022). Es por ello que, en los últimos años los estudios sobre la TCC para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en mujeres con problemas de fertilidad han aumentado (Karaca et al., 2019). Con el objetivo de comprobar la efectividad de este tipo de tratamientos Wang et al. (2022) realizaron un metaanálisis compuesto por 16 estudios, con 1102 participantes, llegando a la conclusión de que la TCC es eficaz para disminuir significativamente los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres con problemas de fertilidad, además de aumentar la calidad de vida, coincidiendo con los resultados de otros estudios en los que también se aplica TCC (Golshani et al., 2021; Karaca et al., 2019). Los autores de estos trabajos explican que estos efectos se pueden deber a las características de este tipo de terapia (tratamiento estructurado, de corto plazo y dirigido), que además de estar centrado en los problemas actuales de las mujeres con problemas de fertilidad, busca cambiar las distorsiones cognitivas irracionales, ayudándoles a identificar y responder de una forma más adaptativa a los factores que les generan estrés y a desarrollar estrategias personales de afrontamiento, reduciendo así la ansiedad y la depresión (Wang et al., 2022).

Como podemos observar por la cantidad de evidencia científica publicada hasta la fecha, el desarrollo de programas para el tratamiento de los problemas emocionales en mujeres con problemas de fertilidad ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, las intervenciones para prevenirlos siguen siendo limitadas, especialmente en el contexto sanitario español. Un estudio piloto en el que se adaptó el Protocolo Unificado para la prevención de los trastornos emocionales en una unidad de fertilidad de un hospital público español (Martínez-Borba et al., 2022), es uno de los pocos programas que existen actualmente a nivel nacional con este objetivo. En este estudio se llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual transdiagnóstica basada en el Protocolo Unificado donde se añadieron componentes relacionados con la comunicación asertiva y la solución de problemas. Este programa estaba compuesto por seis sesiones, una de ellas individual de una hora y el resto grupales de dos horas de duración, en las que participaron cinco mujeres con problemas de fertilidad. Tras las seis semanas de intervención y en el seguimiento a los seis meses, ninguna de las participantes presentó síntomas clínicos o trastornos emocionales, el afecto negativo continuó en niveles subclínicos, el afecto positivo y la calidad de vida se mantuvieron y se redujo la desregulación emocional (Martínez-Borba et al., 2022). A pesar de estos prometedores resultados, el reducido tamaño muestral obtenido en este estudio dificulta la generalización de los resultados, siendo necesario continuar analizando la utilidad de programas psicológicos preventivos en nuestro sistema nacional de salud (Martínez-Borba et al., 2022).

A pesar de la alta prevalencia de mujeres con problemas de fertilidad (OMS, 2023) y de trastornos emocionales asociados a esta (Hussain et al., 2022; Massarotti et al., 2019), en nuestro sistema sanitario todavía no existen programas psicológicos para prevenirlos, ya que la mayoría de ellos se han enfocado en su tratamiento cuando el problema ya se ha establecido. Sabemos que, los programas para prevenir la ansiedad y la depresión han mostrado su eficacia tanto en población adulta, como en niños y adolescentes, consiguiendo disminuir el sufrimiento, evitando la aparición de los síntomas clínicos (Bellón et al., 2015). Además, la eficacia de los programas de prevención de ansiedad y depresión también ha sido demostrada en el periodo prenatal (embarazo y posparto), siendo además bien aceptadas por parte de las participantes (Waqas et al., 2022). En base a estos resultados, sería esperable que los programas preventivos puedan ser útiles también en el campo de la infertilidad. Por este motivo el objetivo del presente trabajo es integrar los conocimientos de la literatura existente

para realizar una propuesta de intervención psicológica para prevenir la aparición de problemas de ansiedad y depresión en mujeres que están recibiendo TRA.

Objetivos

Objetivo General

Diseñar un programa psicológico para prevenir la aparición de problemas emocionales como la ansiedad y depresión en mujeres que están recibiendo TRA por problemas de fertilidad.

Objetivos Específicos

- Analizar la utilidad clínica de un programa psicológico a la hora de prevenir la aparición de problemas de ansiedad y depresión durante los TRA.
- Ofrecer conocimiento sobre la infertilidad y los TRA.
- Incrementar las habilidades de regulación emocional.
- Entrenar habilidades de atención plena.
- Entrenar la flexibilidad cognitiva de las participantes.
- Entrenar las habilidades de comunicación asertiva.
- Evaluar la satisfacción con el programa psicológico preventivo.

Hipótesis

H1: Esperamos encontrar niveles subclínicos de ansiedad y depresión en el momento post-evaluación, así como en los seguimientos llevados a cabo en el primer, tercer y sexto mes tras la finalización del programa.

H2: Esperamos aumentar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre los problemas de fertilidad y los TRA.

H3: Esperamos encontrar una mejoría en las habilidades de regulación emocional de las participantes tras la aplicación del programa y su mantenimiento en los posteriores seguimientos.

H4: Esperamos mejorar la capacidad de atención plena de las mujeres con problemas de fertilidad, tras la participación en el programa preventivo, así como su mantenimiento en las evaluaciones posteriores.

H5: Esperamos un aumento en la flexibilidad cognitiva de las participantes, en el momento post-evaluación, así como en los seguimientos llevados a cabo en el primer, tercer y sexto mes tras su finalización.

H6: Esperamos observar una mejora en las habilidades de comunicación asertiva tras la finalización del programa de prevención y en los seguimientos posteriores.

H7: Esperamos encontrar un alto nivel de satisfacción con el programa.

Beneficiarios

El programa de prevención está dirigido a mujeres con problemas de fertilidad, que estén recibiendo TRA en la unidad de reproducción asistida del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza.

Metodología

Participantes

Se ha utilizado el programa estadístico G*Power (Faul et al., 2007) para calcular el tamaño de la muestra necesario según nuestro objetivo. Teniendo en cuenta que contamos con 1 condición experimental y 5 momentos de evaluación, se ha obtenido un tamaño muestral de 31 participantes (95% de potencia; coeficiente alpha de 0.05; tamaño del efecto 0.25). Considerando una pérdida muestral del 20%, se incluirá en total a 38 participantes. Los criterios de inclusión para participar en el programa son, ser mujer con un diagnóstico previo de problemas de fertilidad, estar recibiendo un TRA (IA o FIV) en la unidad de reproducción humana asistida del HUMS, ser mayor de edad, comprender el castellano tanto de forma hablada como escrita, debido a que todo el programa será impartido en castellano, firmar el consentimiento informado para participar, y tener disponibilidad para asistir a las sesiones ya que se trata de un programa grupal presencial. Quedarán excluidas de la participación en el programa las mujeres que, en el momento de realizar la evaluación, hayan sido diagnosticadas con un problema de salud mental, que estén recibiendo o que hayan recibido algún tratamiento psicológico o psiquiátrico para estos problemas de salud.

Instrumentos

Se llevará a cabo una entrevista clínica con el fin de determinar si las mujeres con problemas de fertilidad son aptas para la participación en el programa, se utilizará la siguiente entrevista:

- Entrevista de Ansiedad y Trastornos Relacionados, versión para el DSM-IV [Anxiety and Related Disorders Interview Schedule (ADIS-IV-L); Brown et al. (1994), traducida al español por Botella y Ballester (1997)]. Se trata de una entrevista semiestructurada para explorar los principales trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos por trauma y otros trastornos relacionados. Dividida en módulos para analizar cada una de las categorías diagnósticas. Cada módulo cuenta con un número variable de preguntas con respuestas de “Sí” o “No”, en función de los “Si” respondidos en cada uno de los módulos, y las respuestas dadas en las preguntas cortas, se considera que puede presentar el determinado trastorno que se está evaluando.

También se utilizará un cuestionario sociodemográfico elaborado *ad hoc* (anexo 1), con el objetivo de recoger información acerca de las características de cada una de las mujeres participantes.

Para la evaluación de las variables que se pretenden mejorar con la aplicación del programa, se utilizarán los siguientes cuestionarios:

- Escala General de Gravedad e Interferencia de la Ansiedad [Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS); Norman et al., (2006) validada al castellano por Osma et al. (2019)]. Un cuestionario útil para la detección de los síntomas de ansiedad, evaluando su frecuencia, intensidad e interferencia en la última semana. Está compuesto por cinco ítems, calificados mediante una escala Likert de cinco puntos, que va desde 0 (No me sentí ansioso durante la última semana) a 4 (Me sentí ansioso todo el tiempo y nunca llegué a relajarme). La puntuación total, oscila entre 0 y 20 puntos, mayor puntuación refleja mayor gravedad de la sintomatología ansiosa. En la versión en español se ha establecido el punto de corte en diez puntos (Osma et al., 2019). Este cuestionario cuenta con una muy buena consistencia interna, ya que el alfa de Cronbach en la versión española es 0.87 (Osma et al., 2019; anexo 2).
- Escala General de Gravedad e Interferencia de la Depresión [Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS); Norman et al., (2006) validada al castellano por Osma et al. (2019)]. Es una herramienta útil para la detección de los síntomas depresivos en la última semana (frecuencia, intensidad e interferencia). Se compone de cinco ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de cinco puntos que van del 0 (No me sentí deprimido en la última semana) a 4 (Depresión constante en la

última semana). Las puntuaciones totales que indican el nivel de gravedad oscilan entre 0 y 20, una mayor puntuación indica una mayor gravedad de la sintomatología depresiva, siendo el punto de corte establecido de diez puntos (Osma et al., 2019).

Cuenta con una excelente consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.94 (Osma et al., 2019; anexo 3).

- Cuestionario elaborado *ad hoc* para evaluar el conocimiento percibido de las mujeres con problemas de fertilidad sobre los TRA y los problemas de fertilidad. Está compuesto de diez preguntas, evaluadas en una escala del 1 (poco conocimiento) al 5 (mucho conocimiento), con una puntuación máxima de 50 puntos y mínima de 10. Mayores puntuaciones reflejan más conocimientos percibidos sobre los TRA y los problemas de reproducción asistida (anexo 4).
- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional [Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS); Gratz y Roemer, (2004) en su versión adaptada al castellano de Hervás y Jódar, (2008)], para evaluar los déficits en la regulación emocional. En esta adaptación se redujo el número de ítems de 36 a 28 y se redujeron al mismo tiempo el número de factores de seis a cinco (descontrol emocional, interferencia cotidiana, desatención, confusión y rechazo emocional). Con respuestas tipo Likert de cinco puntos del 1 (nunca) al 5 (siempre), la puntuación se obtiene mediante la suma de los ítems pertenecientes a cada uno de los factores, obteniendo un resultado específico para cada uno de ellos. Además, también se puede obtener una puntuación total mediante la suma de todos los ítems, con una puntuación máxima de 140 puntos. A mayor puntuación mayores son las dificultades en cada uno de los factores y en la regulación emocional general. Este instrumento cuenta con una buena consistencia interna en su versión española, con un alfa de Cronbach igual a 0.93 (Hervás y Jódar, 2008; anexo 5).
- Escala de conciencia sobre la Atención Plena [The Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS); Brown y Ryan, (2003) validada al castellano por Soler et al., (2012)] servirá para evaluar la habilidad de centrarse en el momento presente sin juzgar. Se trata de una escala sencilla y de rápida administración, ya que consta de 15 ítems puntuados mediante una escala Likert del 1 (casi siempre) al 6 (casi nunca). A mayor puntuación menores son las dificultades de atención plena. Al igual que el resto de los instrumentos utilizados, la versión española cuenta con una buena consistencia interna [$\alpha = 0.89$; Soler et al., (2012); anexo 6].

- Cuestionario de regulación de las emociones [Emotion Regulation Questionnaire (ERQ); Gross y John, (2003), en su versión validada al castellano por Cabello et al. (2013)], para evaluar la flexibilidad cognitiva mediante los cambios en reevaluación cognitiva y supresión expresiva. Formada por diez ítems, seis de ellos evalúan reevaluación cognitiva y los cuatro restantes supresión expresiva, puntuados mediante una escala tipo Likert del 1 (fuertemente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo), a mayor puntuación obtenida en cada una de las subescalas mayor reevaluación cognitiva o supresión expresiva. Cuenta con una adecuada consistencia interna con un alfa de Cronbach igual a 0.79 para reevaluación y 0.75 para supresión emocional (Cabello et al., 2013; anexo 7).
- La escala de asertividad de Rathus [RAS; Rathus, (1973) en su versión adaptada al español de León y Vargas (2009)] permitirá evaluar las diferencias presentadas en comunicación asertiva. Esta escala está formada por 30 ítems, calificados mediante una escala Likert de 6 puntos, que va desde -3 (muy poco característico de mí) a +3 (muy característico de mí), agrupados alrededor de seis factores (demostrar disconformidad, manifestación de sentimientos y creencias, eficacia, interacción con organizaciones, expresión de opiniones y la capacidad para decir que no). Una mayor puntuación total y en cada uno de los factores indica un mayor nivel de asertividad. La versión española del instrumento cuenta con una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.80 (León y Vargas, 2009; anexo 8).

Por último, para evaluar la satisfacción con el programa de las mujeres con problemas de fertilidad, se utilizará un cuestionario elaborado *ad hoc* (anexo 9), combinando preguntas de respuesta corta, con preguntas con escalas de respuestas tipo Likert de cinco puntos, desde 1 (poco adecuadas) a 5 (muy adecuadas). Mayores puntuaciones en las preguntas cuantitativas reflejan una mayor satisfacción con el programa.

Procedimiento

Las mujeres que asistan a la unidad de reproducción asistida del HUMS de Zaragoza para recibir cualquier TRA (IA o FIV) serán invitadas por su ginecólogo de referencia a participar voluntariamente en el programa psicológico grupal para prevenir el desarrollo de depresión y ansiedad. Si aceptan participar, antes de comenzar el estudio deberán firmar el consentimiento informado (anexo 10). En este punto el psicólogo realizará una entrevista con ellas, para comprobar que cumplen con los criterios de inclusión y son aptas para participar,

utilizando para ello la entrevista clínica ADIS-IV-L (Botella y Ballester, 1997). Una vez se haya comprobado su idoneidad para participar, se les asignará a cada una de ellas un código alfanumérico para asegurar la confidencialidad en las evaluaciones psicológicas que se realizarán durante el programa psicológico. Se procederá a la formación de los grupos conformados por 8-10 mujeres con problemas de fertilidad y se comenzará con su aplicación en sesiones semanales consecutivas de dos horas de duración. El programa tendrá una duración total de seis semanas. En la primera y en la última sesión del programa se reservará un tiempo para que las mujeres puedan completar los cuestionarios de evaluación correspondiente a la evaluación pre y post-programa, al igual que en las sesiones de seguimiento en las cuales se reservara un tiempo antes de iniciarla para su realización.

Diseño de las Sesiones

Tabla 1

Cronograma del programa de prevención de problemas emocionales en mujeres con problemas de fertilidad.

Sesiones	Objetivo	Contenido
1ª sesión	Realizar la evaluación pre-programa Realizar la presentación de las participantes	Evaluación pre-programa; Presentación programa, profesionales y participantes
2ª sesión	Aumentar el conocimiento sobre la infertilidad y TRA	Psicoeducación infertilidad y TRA
3ª sesión	Mejorar el conocimiento de las emociones	Psicoeducación emocional; Ejercicio clasificación emociones; Lista estrategias regulación emocional
4ª sesión	Mejorar la atención plena	Psicoeducación AP; Ejercicio “uva pasa” Respiración consciente; Escaneo corporal
5ª sesión	Aumentar la flexibilidad cognitiva	Psicoeducación papel de los pensamientos en la experiencia emocional; Identificación y discusión de distorsiones cognitivas; Técnica de la triple columna
6ª sesión	Mejorar la comunicación asertiva Realizar la evaluación final Despedida	Psicoeducación comunicación; Derechos asertivos; Técnicas asertivas; Role playing; Evaluación post-programa

Sesión 1

- **Objetivos:** los objetivos de esta sesión son, por un lado, realizar la evaluación pre-programa, por otro presentar el programa de prevención a las mujeres con problemas de fertilidad, además de conseguir que las propias participantes se conozcan entre ellas, al tiempo que se familiarizan con los profesionales (terapeuta y co-terapeuta), estableciendo un clima de confianza en el grupo.
- **Descripción:** se comenzará pidiéndoles que rellenen los cuestionarios de la evaluación pre-programa, la cual incluye un cuestionario sociodemográfico (anexo 1), el OASIS y el ODSIS (Osma et al., 2019; anexo 2 y 3), el cuestionario para evaluar el conocimiento percibido acerca de los TRA (anexo 4), el DERS (Hervás y Jódar, 2008; anexo 5), el MAAS (Soler et al., 2012; anexo 6), el ERQ (Cabello et al., 2013; anexo 7) y el RAS (León y Vargas, 2009; anexo 8). Esto nos permitirá conocer el estado psicológico de las participantes antes de iniciar el programa. Una vez rellenada la evaluación pre-programa se procederá a explicar el objetivo del programa de prevención y el contenido que se va a trabajar en las diferentes sesiones para conseguirlo. Se expondrán las normas fundamentales del grupo (respeto en las intervenciones y confidencialidad) y la importancia del trabajo en casa entre sesiones. Una vez comprendido se procederá con la presentación tanto de las profesionales como de las participantes, mediante la dinámica de presentación “telaraña” (Ministerio Para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, 2016; anexo 11).
- **Material:** anexo 11 y un ovillo de lana.
- **Tiempo:** 120 min.

Sesión 2

- **Objetivo:** aumentar el conocimiento de las participantes sobre la infertilidad, las consecuencias psicológicas que pueden llegar a presentar y las diferentes opciones de TRA a los que se pueden someter, reduciendo la incertidumbre y ajustando expectativas.
- **Descripción:** se comenzará realizando una explicación sobre los problemas de fertilidad y sus consecuencias psicológicas más frecuentes (depresión y ansiedad), explicando los signos y síntomas que presentan para ayudarlas a identificarlos, si los presentan más adelante. Posteriormente, contaremos con la participación de un ginecólogo de la unidad de reproducción asistida del HUMS de Zaragoza, para llevar

a cabo la explicación de los diferentes TRA y cuáles son los pasos que deben de seguir las mujeres en cada uno de ellos. Durante toda la sesión las mujeres podrán preguntar las dudas que les surjan, además se reservarán diez minutos al finalizar para abrir un turno de preguntas, asegurándonos de que ninguna de las participantes se haya quedado con alguna duda sin resolver.

- **Materiales:** pizarra.
- **Tiempo:** 120 min

Sesión 3

- **Objetivo:** mejorar el conocimiento sobre la naturaleza de las emociones y su función.
- **Descripción:** se comenzará con una breve explicación sobre la importancia que presenta la regulación emocional en este periodo de sus vidas, posteriormente se procederá a realizar un ejercicio, en el cual se les dará a cada una de ellas una lista de emociones y las deberán clasificarlas en positivas y negativas (anexo 12). Esto servirá, para desmontar las ideas preestablecidas sobre las emociones, al mismo tiempo que se les explica cuál es su función, poniendo ejemplos específicos relacionados con los problemas de fertilidad. Una vez que esto haya quedado claro se explicará cómo se relacionan las emociones con los pensamientos, las conductas y las consecuencias que éstas tienen a corto y a largo plazo, con el fin de recalcar lo importante que es no realizar conductas para evitarlas (anexo 13). Para finalizar se llevará a cabo una lluvia de ideas sobre estrategias de regulación emocional, y cada una de ellas deberá elaborar una lista con las estrategias más adaptativas para regular sus emociones, que podrán en marcha a lo largo de la semana (anexo 14).
- **Materiales:** pizarra y anexos 12, 13 y 14.
- **Tiempo:** 120 min

Sesión 4

- **Objetivo:** aumentar la capacidad de centrarse en el presente y sin juzgar de las mujeres con problemas de fertilidad.
- **Descripción:** se comenzará revisando las estrategias de regulación emocional que han aplicado a lo largo de la semana, resolviendo las posibles dudas y animándolas a continuar poniéndolas en marcha en su vida diaria. Posteriormente se procederá a realizar una psicoeducación sobre la AP (qué es y cómo puede ayudarlas en este momento de sus vidas). A continuación se pasará a realizar diferentes ejercicios, el

primero de ellos *la uva pasa* (García, 2019), es un ejercicio para que las participantes puedan experimentar que es el mindfulness a través de su propia experiencia (anexo 15). Una vez hayan experimentado que es la AP con este pequeño experimento, se procederá a comenzar con los ejercicios para entrenarla, para comenzar se practicará la respiración consciente, utilizando como anclaje su propia respiración (García, 2019; anexo 16). Posteriormente se llevará a cabo un escaneo corporal para mantener la atención en el momento presente ayudándose de las sensaciones corporales de cada parte de su cuerpo en el momento presente (García, 2019; anexo 17). Por último, se les proporcionará un pequeño video para que puedan practicar diariamente la AP en sus casas (Hospital La Fe.Valencia, 2020; anexo 18).

- **Materiales:** los anexos 15,16, 17, 18 y una caja de uvas pasas.
- **Tiempo:** 120 min.

Sesión 5

- **Objetivo:** aumentar la flexibilidad cognitiva de las participantes en el programa de prevención.
- **Descripción:** se comenzará comentando la práctica diaria de AP, con el objetivo de detectar las posibles dificultades surgidas y poder subsanarlas. Posteriormente se procederá a explicar las distorsiones cognitivas, y cómo afectan en su vida cotidiana. Se entregará una lista con las distorsiones cognitivas más comunes y ejemplos de estas, para ayudarlas a identificarlas (Yurica et., 2005; anexo 19). Con un ejemplo de sus vidas cotidianas relacionado con sus problemas de fertilidad, se les invitará a identificar la distorsión cognitiva presente, una vez identificada se procederá a desafiarla mediante la discusión cognitiva (Beck, 1979; Ibáñez-Tarín y Manzanera-Escartí, 2014; anexo 20). Por último, se llevará a cabo la técnica de la triple columna (Burns, 2010; anexo 21). Como tarea se les pedirá que en su día a día identifiquen estos pensamientos y distorsiones, las cuestionen y generen alternativas.
- **Materiales:** pizarra y los anexos 19, 20 y 21.
- **Tiempo:** 120 min.

Sesión 6

- **Objetivo:** mejorar las habilidades de comunicación asertiva de las mujeres con problemas de fertilidad.
- **Descripción:** se comenzará revisando el registro de distorsiones cognitivas que han ido registrando y discutiendo a lo largo de la semana. Seguidamente se realizará una breve explicación sobre la importancia que tiene una buena comunicación con su entorno en este momento vital. Posteriormente se realizará psicoeducación sobre los

estilos de comunicación (agresiva, pasiva y asertiva), acompañada de ejemplos para facilitar su comprensión. También se expondrán los derechos asertivos (García-Grau et al., 2019; anexo 22) y las técnicas para favorecer la comunicación asertiva (Pinazo, 2006; anexo 23). Una vez realizada la parte teórica, se procederá a realizar role playing por parejas, poniendo en prácticas la comunicación asertiva, utilizando las técnicas explicadas anteriormente. Al finalizar se reservará un tiempo para rellenar los cuestionarios de evaluación post-programa. Como despedida se les felicitará por el trabajo que han realizado durante estas semanas, se resolverán las posibles dudas que hayan quedado y se les animará a seguir practicando y volver a consultarnos si lo consideran necesario en algún momento. Además, se les recordará que se harán sesiones de seguimiento al mes, a los tres y a los seis meses tras finalizar el programa. Se agendará la sesión para hacer el seguimiento al mes.

- **Materiales:** anexos 22 y 23.
- **Tiempo:** 120 min.

Recursos

Recursos humanos

Para la correcta realización del programa será necesario contar con dos profesionales de psicología, el terapeuta principal encargado de dirigir cada una de las sesiones y el co-terapeuta que ayudará al anterior en todo lo necesario. Además, también se contará con la participación de un ginecólogo de la unidad de reproducción asistida del HUMS de Zaragoza, exclusivamente en la segunda sesión para realizar más exhaustivamente la explicación sobre los TRA.

Recursos materiales

Respecto a los recursos materiales, será necesario contar con una sala amplia, equipada con 13 sillas con pala, ya que permiten colocarlas en círculo para favorecer la comunicación entre las participantes, también será necesario contar con una pizarra para realizar las explicaciones psicoeducativas. Para poder llevar a cabo la evaluación, se tendrá que disponer de copias de cada uno de los cuestionarios, para realizarlos tanto antes de comenzar como al finalizar el programa y en los seguimientos. También será necesario contar con material de papelería (folios y bolígrafos) y los anexos impresos, para poder realizar las diferentes dinámicas, por lo que para facilitar el trabajo de la profesional se recomienda que

en el espacio cuenten con una impresora. Además, será necesario disponer de un ovillo de lana y uvas pasas, para realizar las dinámicas de las sesiones 1 y 3, respectivamente.

Presupuesto

El presupuesto necesario para el correcto desarrollo del programa de prevención con mujeres con problemas de fertilidad será en total de 9.267,63 €. Una parte irá destinada al sueldo de los profesionales implicados en el desarrollo del programa (9.000 €), mientras la otra estará destinada a la adquisición de los materiales necesarios para llevar a cabo tanto la evaluación como las diferentes actividades de las sesiones (267,63€). El presupuesto detallado se encuentra en el anexo 24.

Análisis estadístico

Para analizar los datos obtenidos durante el proceso de evaluación se utilizará el programa estadístico SPSS 19 (IBM Corp, 2021). Primero realizaremos un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas para describir la muestra, calculando la media, desviación típica y frecuencias. Posteriormente se comprobará que la distribución de la muestra es normal y las varianzas son homogéneas mediante las pruebas Kolmogorov-Smirnov y el Test de Levene respectivamente. Si finalmente determinamos tras su realización que nuestra muestra sigue una distribución normal ($p \leq 0,05$), y las varianzas son homogéneas ($p \leq 0,05$), utilizaremos la prueba ANOVA de medidas repetidas, para comprobar si hay diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en los diferentes momentos de evaluación para cada una de las variables evaluadas. Si finalmente la muestra no sigue una distribución normal se realizaría la prueba de Kruskal Wallis, con el mismo objetivo. Para finalizar, si se encuentran diferencias estadísticamente significativas, se calculará el tamaño de efecto mediante el estadístico d de Cohen. Por otro lado, para analizar la satisfacción con el programa se calculará la media de las puntuaciones obtenidas en las preguntas cuantitativas y se realizará análisis del discurso mediante la extracción de códigos y categorías para las preguntas cualitativas (Schreier, 2012).

Resultados esperados

Los resultados del programa de prevención se obtendrán a través de los cuestionarios aplicados en el proceso de evaluación, que se llevará a cabo en diferentes momentos a lo largo del programa de prevención. La primera medida se tomará en la primera sesión antes de comenzar con las presentaciones, la segunda al finalizar el programa, por último, se

realizarán seguimientos al mes, tres y seis meses con el fin de comprobar si los resultados obtenidos se mantienen pasado este determinado tiempo.

Estudios previos indican que programas psicológicos basados en TCC y AP pueden ser útiles para tratar problemas emocionales en mujeres que reciben TRA (Nery et al., 2018; Zhou et al., 2021). Además, los resultados preliminares de un programa de prevención basado en TCC parecen ayudar a mantener puntuaciones subclínicas en ansiedad y depresión en mujeres que estaban recibiendo TRA (Martínez-Borba et al., 2022). En base a la literatura previa, el resultado principal que esperamos encontrar tras la aplicación del programa psicológico propuesto en este trabajo es la reducción de la probabilidad de que las mujeres con problemas de fertilidad desarrollen un trastorno emocional. Por lo tanto, el resultado primario esperado es el mantenimiento de los síntomas de depresión y ansiedad, ya que las mujeres participantes no presentaban ninguno de estos dos trastornos al comenzar y el objetivo es que no se desarrollen. Para comprobar la consecución de este objetivo, las puntuaciones en la escala OASIS y ODSIS en la última sesión y al mes, tres y seis meses, deben encontrarse por debajo del punto de corte, es decir, diez puntos (Osma et al., 2019). Si esto sucede podremos determinar que se ha cumplido con éxito el objetivo principal del programa.

Respecto al resto de variables, en base a la literatura previa (Timmers et al., 2021) se espera que las asistentes al programa mejoren, su conocimiento percibido acerca de los TRA y los problemas asociados. Este cambio quedará comprobado en base a los cambios producidos en los diferentes momentos de medición en el cuestionario de conocimiento percibido sobre los problemas de fertilidad y TRA elaborado *ad hoc*, las puntuaciones tras la finalización del programa, al mes, tres y seis meses deberán de ser mayores a la obtenida en la evaluación pre-programa.

Por otro lado, se espera que mejore su capacidad de regulación emocional en base a la literatura previa en la que se han encontrado mejoras en la disregulación emocional de las mujeres con problemas de fertilidad que participaron en un programa psicológico (Martínez-Borba et al., 2022). Para comprobarlo objetivamente se tendrán en cuenta las puntuaciones obtenidas en la escala DERS. Si la puntuación obtenida al finalizar el programa y al mes, tres y seis meses, es menor a la primera medida (pre-programa), se podrá considerar que las asistentes han cumplido con este objetivo del programa, ya que se habrán reducidos sus dificultades de regulación emocional.

Además, se espera encontrar un incremento en la capacidad de centrar la atención en el presente y sin juzgar (mejora de la AP), ya que estudios previos han puesto de manifiesto que se trata de una habilidad que se puede entrenar y mejorar en mujeres con problemas de fertilidad (Galhardo et al., 2019; Nery et al., 2018). Por ello las puntuaciones obtenidas en el MAAS, deberán ser mayores al finalizar el programa, al mes, tres y seis meses, que antes de la aplicación del programa, entendiendo que este cambio de puntuación se debe al conocimiento y habilidades que les ha aportado el programa respecto a esta capacidad de AP.

También se espera mejorar capacidad para reevaluar los diferentes acontecimientos y reducir la supresión emocional, lo que indicaría que las mujeres habrían aumentado la flexibilidad cognitiva, en base a la literatura existente en la que ha quedado reflejada la mejora de la capacidad de flexibilidad psicológica dentro de las intervenciones basadas en TCC entre las mujeres con problemas de fertilidad (Golshani et al., 2021; Karaca et al., 2019; Wang et al., 2022). Para comprobar esta mejoría, se tendrán en cuenta las puntuaciones obtenidas en el ERQ. Si las mujeres participantes obtienen mayor puntuación en la subescala de reevaluación y menores en la subescala de supresión emocional en la última sesión, al mes, tres y seis meses de la finalización del programa, que, en la primera sesión, podremos considerar que se ha cumplido este objetivo con éxito, ya que ha mayor reevaluación cognitiva y menor supresión emocional más flexibles cognitivamente.

Así mismo, también esperamos que mejore la capacidad de comunicarse asertivamente, en las participantes del programa. Aunque la evaluación de la asertividad no se suele incluir en los programas psicológicos para mujeres que reciben TRA, estudios previos centrados en población general (Speed et al., 2018) y población clínica (Üstün y Küçük, 2020) han encontrado una mejora en la comunicación asertiva después de aplicar un programa psicológico centrado en la mejora de las habilidades sociales. Por este motivo, esperamos que la puntuación de cada uno de los factores de la escala de asertividad de Rathus y en la puntuación total, sea mayor al finalizar el programa y en las medidas posteriores obtenidas al mes, los tres y seis meses de la finalización del programa, en comparación a las puntuaciones obtenidas antes de realizar el programa psicológico.

Por último, en un estudio piloto donde se ha aplicado un programa de similares características a este se ha encontrado un alto grado de satisfacción con el programa (Martínez-Borba et al., 2022), por lo que podemos esperar que la satisfacción de las mujeres tras realizar el programa psicológico también sea alta. Para comprobarlo se tendrán en cuenta

las puntuaciones del cuestionario *ad hoc* creado para valorar esta cuestión, si las puntuaciones son altas (entre 8 y 10 puntos) podremos considerar que su satisfacción con el programa es adecuada. Además, se tendrán muy en cuenta para próximas aplicaciones los aspectos a mejorar que las participantes hayan destacado en el cuestionario de satisfacción, con el fin de modificarlos, mejorando lo máximo posible el programa para futuras intervenciones.

Conclusiones

Con este programa piloto pretendemos prevenir la aparición de problemas emocionales como la ansiedad y depresión en mujeres que están recibiendo TRA por problemas de fertilidad. Esta necesidad surge de la alta prevalencia de trastornos emocionales asociados con los problemas de fertilidad (Hussain et al., 2022; Massarotti et al., 2019) y los escasos programas de prevención existentes en nuestro sistema sanitario, ya que la mayoría de ellos se han centrado en tratarlos cuando el problema está establecido. Para conseguir nuestro objetivo hemos diseñado un programa compuesto por seis sesiones grupales, cada uno de los grupos formados de 8 a 10 mujeres con problemas de fertilidad que estén recibiendo TRA. En cada una de las sesiones se trabajará uno de los objetivos específicos del programa. Por lo tanto, tras la aplicación del programa esperamos alcanzar los resultados esperados y demostrar la utilidad clínica de este programa, para posteriores aplicaciones en el sistema nacional de salud.

Sin embargo, esta propuesta de intervención también presenta algunas limitaciones que hay que tener en cuenta para futuras intervenciones. La primera de ellas es el tipo de estudio propuesto para establecer la utilidad clínica de la intervención, ya que se trata de un estudio piloto en lugar de un ensayo controlado aleatorizado que permitiría obtener resultados más robustos. Otra limitación es la influencia que puede llegar a tener los TRA en la correcta evaluación y funcionamiento del programa piloto, tanto por el posible abandono de las participantes que consigan el embarazo a lo largo del programa, como por la posible alteración de los resultados obtenidos, especialmente en lo referente al conocimiento sobre los TRA, ya que durante los propios ciclos de TRA, también se tratarán temas relacionados que podrían condicionar nuestros resultados. Una limitación más de nuestra propuesta de intervención es no incluir en ningún momento del programa a las parejas de las participantes, pese a la influencia que pueden tener en el afrontamiento de la situación que están viviendo. La procedencia de las mujeres que participan en el programa también es otra de nuestras limitaciones, debido a que todas ellas proceden de una única unidad de reproducción humana,

que además es pública, por lo tanto, nos dificulta la generalización de los resultados a otras poblaciones (mujeres atendidas en centros privados o sometidas a otro tipo de TRA).

Además, la exclusión de la participación en el programa de las mujeres que reciben TRA sin un diagnóstico de infertilidad también se puede considerar una limitación, ya que provoca que mujeres solteras o con una pareja mujer no se puedan beneficiar del programa.

A pesar de estas limitaciones, en el caso de demostrarse la utilidad clínica del programa podría tener un impacto positivo en las mujeres que reciben TRA, los profesionales que las atienden y las unidades de reproducción asistida. Consiguiendo reducir el sufrimiento de las mujeres a lo largo de los TRA y con ellos los abandonos de estos derivados de la carga emocional que suponen (Domar et al., 2010), además supondría una reducción de los costes para el sistema sanitario, ya que evitaríamos el desarrollo de los trastornos emocionales y por lo tanto el alto coste asociado a su tratamiento individualizado.

Respecto a las futuras aplicaciones de este programa consideramos que, una vez establecida la utilidad clínica de este programa preventivo, podría resultar muy interesante por un lado su adaptación a diferentes colectivos, en especial la adaptación a otras lenguas, para que puedan llegar a beneficiarse mujeres que viven en nuestro país pero que no tienen completamente adquirido el castellano. Por otro lado, consideramos que sería muy interesante adaptar el programa para poder ser aplicado con mujeres que tengan o hayan tenido en algún momento de sus vidas algún problema de salud mental, ya que con la actual propuesta quedan excluidas del programa de prevención. Para ello sería necesario comprobar si el mismo programa sería de utilidad o si se debería ampliar algún contenido. En futuras aplicaciones también resultaría interesante incluir a las parejas, que están viviendo los procedimientos de las TRA, de forma indirecta a través de su pareja, pudiendo experimentar el malestar emocional asociado a las TRA. Además, sería muy interesante incluir las nuevas tecnologías en la evaluación y aplicación del programa, con el objetivo de mejorar la accesibilidad del programa a las mujeres con problemas de fertilidad, como muestra la literatura existente (Boedt et al., 2022; Martínez-Borba et al., 2022). Por último, sería interesante valorar si las mujeres solteras o con pareja mujer, que pueden recibir TRA pero no tienen un diagnóstico de infertilidad, se pueden beneficiar de estos programas o sería necesario realizar adaptaciones.

Referencias

- Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M., González, A. J., Guitián, D., y De Las Heras, E. (2023). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Avalia-t. https://doi.org/10.46995/gpc_534
- Bai, C., Cui, N., Xu, X., Mi, G., Sun, J., Illao, D., Li, J., Jiang, Y., Yang, Q., Zhang, X., y Cao, F. (2019). Effectiveness of two guided self-administered interventions for psychological distress among women with infertility: a three-armed, randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 34(7), 1235-1248. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez066>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Penguin.
- Bellón, J. Á., Moreno-Peral, P., Motrico, E., Rodríguez-Morejón, A., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Zabaleta-del-Olmo, E., y Conejo-Cerón, S. (2015). Effectiveness of psychological and/or educational interventions to prevent the onset of episodes of depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Preventive Medicine*, 76, 22-32. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.11.003>
- Boedt, T., Willaert, N., Fong, S. L., Dancet, E., Spiessens, C., Raes, F., Matthys, C., y Van Der Gucht, K. (2022). Evaluation of a stand-alone mobile mindfulness app in people experiencing infertility: the protocol for an exploratory randomised Controlled Trial (MOMIFER-RCT). *BMJ Open*, 12(2), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050088>
- Botella, C., y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico, evaluación y tratamiento*. Martínez Roca.
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, T. A., DiNardo, P. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule Lifetime Version for DSM-IV*. Oxford University Press.
- Burns, D. D. (2010). *Sentirse bien: Una nueva terapia contra las depresiones*. Ediciones Paidós.
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal Of Psychological Assessment*, 29(4), 234-240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>

- Cox, C. M., Thoma, M. E., Tchangalova, N., Mburu, G., Bornstein, M., Johnson, C. L., y Kiarie, J. (2022). Infertility Prevalence and the Methods of Estimation from 1990 to 2021: A Systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Open*, 2022(4), 1-24. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac051>
- Crawford, N. M., Hoff, H., y Mersereau, J. E. (2017). Infertile women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments. *Human Reproduction*, 32(3), 582-587. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew351>
- Domar, A. D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M. A., y Alper, M. M. (2010). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 94(4), 1457-1459. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.06.020>
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K., Segal, Z. V., Nelson, J., McInnes, L. A., Mathalon, D. H., y Feldman, M. D. (2016). A randomized controlled trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 99-110. <https://doi.org/10.1159/000442260>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., y Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Galhardo, A., Cunha, M., y Pinto-Gouveia, J. (2019). A 7-year follow-up study of the Mindfulness-Based Program for Infertility: Are there long-term effects?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(4), 409-417. <https://doi.org/10.1002/cpp.2362>
- García, J. (2019). *Mindfulness nuevo manual práctico: El camino de la atención plena*. Editorial Siglantana.
- García-Grau, E., Fusté, A., Ruiz, J., Arcos, M., Balaguer, G, Guzmán, D. y Bados, A. (2019). *Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales*. Dipòsit Digital Universitat de Barcelona.
- Golshani, F., Hasanpour, S., Mirghafourvand, M., y Esmaeilpour, K. (2021). Effect of cognitive behavioral therapy-based counseling on perceived stress in pregnant women with history of primary infertility: a controlled randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03283-2>
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties

- in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Hoge, E. A., Bui, É., Goetter, E. M., Robinaugh, D. J., Ojserkis, R. A., Fresco, D. M., y Simon, N. M. (2015). Change in decentering mediates improvement in anxiety in Mindfulness-Based stress reduction for generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 228-235. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9646-4>
- Hospital La Fe .Valencia. (19 de mayo de 2020). *Mindfulness escáner corporal. Nivel 1* [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=0HNx7Ok-vs4>
- Hussain, N. H. N., Norhayati, M. N., Bahari, I. S., y Arif, N. A. N. M. (2022). Worldwide Prevalence, risk factors and psychological Impact of Infertility among Women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(3), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057132>
- Ibáñez-Tarín, C., y Manzanera-Escartí, R. (2014). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2). *SEMERGEN*, 40(1), 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.020>
- IBM Corp. (2021). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0*. IBM Corp.
- Karaca, A., Yavuzcan, A., Batmaz, S., Cangür, Ş., y Çalışkan, A. (2019). The Effect of cognitive Behavioral group therapy on infertility stress, general health, and negative cognitions: a randomized controlled trial. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(4), 375-394. <https://doi.org/10.1007/s10942-019-00317-3>
- Kop, P., Mochtar, M. H., O'Brien, P. T., Van Der Veen, F., y Van Wely, M. (2018). Intrauterine insemination versus intracervical insemination in donor sperm treatment. *The Cochrane library*, 1, 1-46. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000317.pub4>
- León, M., y Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 187-207.
- Martínez-Borba, V., Osma, J., Crespo-Delgado, E., Andreu-Pejó, L., y Monferrer-Serrano, A. (2022). Prevention of emotional disorders and symptoms under health conditions: a

- pilot study using the unified protocol in a fertility unit. *Anales De Psicología*, 38(1), 25-35. <https://doi.org/10.6018/analesps.462331>
- Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V., y Anserini, P. (2019). Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing *in vitro* fertilization. *Gynecological Endocrinology*, 35(6), 485-489. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575>
- Ministerio Para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. (1 de septiembre de 2016). *700 dinámicas grupales*. <https://www.miteco.gob.es/es/ceneam/recursos/pag-web/700-dinamicas-grupales.html>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. NICE guideline.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: treatment and management*. NICE guideline.
- Nery, S. F., De Pinho Cunha Paiva, S., Vieira, E., Barbosa, A. B., Sant'Anna, E. M., Casalechi, M., Cruz, C. D., Teixeira, A. L., y Reis, F. M. (2018). Mindfulness-based program for stress reduction in infertile women: randomized controlled trial. *Stress and Health*, 35(1), 49-58. <https://doi.org/10.1002/smi.2839>
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J., y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23(4), 245-249. <https://doi.org/10.1002/da.20182>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Infertility prevalence estimates*. Organización Mundial de la Salud.
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Péris-Baquero, Ó., Norman, S. B., Bentley, K. H., y Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>
- Pinazo, S. (2006). Las habilidades sociales en la interacción social: aspectos teóricos y aplicados en Y. Pastor (Ed.), *Psicología social de la comunicación. Aspectos teóricos y aplicados* (pp. 121-159). Pirámide.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(73)80120-0)
- Rich, C. W., y Domar, A. D. (2016). Addressing the emotional barriers to access to reproductive care. *Fertility and Sterility*, 105(5), 1124-1127. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.02.017>

- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. SAGE Publishing.
- Sociedad Española de Fertilidad (SEF). (2021). *Registro Nacional de Actividad 2021. Informe estadístico de técnicas de reproducción asistida 2021*. Ministerio de sanidad. https://www.registrosef.com/public/docs/sef2021_IAFIV.pdf
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Jc, P., Cebolla, A. M., Soriano, J., Álvarez, E., y Perez, J. M. (2012). Psychometric proprieties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *PubMed*, 40(1), 19-26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22344492>
- Speed, B. C., Goldstein, B. L., y Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: a forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology-science and Practice*, 25(1), 1-20. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- Timmers, T., Keijsers, M., Kremer, J., Janssen, L., y Smeenk, J. (2021). Supporting women undergoing IVF treatment with timely patient information through an app: randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(8), 1-10. <https://doi.org/10.2196/28104>
- Üstün, G., y Küçük, L. (2020). The effect of assertiveness training in schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 297-307. <https://doi.org/10.1111/ppc.12427>
- Van Den Broeck, U., Holvoet, L., Enzlin, P., Bakelants, E., Demyttenaere, K., y D'Hooghe, T. (2009). Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 68(1), 58-64. <https://doi.org/10.1159/000214839>
- Wang, G., Liu, X., y Liu, J. (2022). Cognitive Behavioural therapy for Women with Infertility: A Systematic review and Meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(1), 38-53. <https://doi.org/10.1002/cpp.2792>
- Waqas, A., Zafar, S. W., Meraj, H., Tariq, M., Sattar, N., Batool, F., Chowdhary, N., Dua, T., y Rahman, A. (2022). Prevention of common mental disorders among women in the perinatal Period: A critical mixed-methods review and Meta-analysis. *Global mental health*, 9, 157-172. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.17>
- Wyns, C., De Geyter, C., Calhaz-Jorge, C., Kupka, M., Motrenko, T., Smeenk, J., Bergh, C., Tandler-Schneider, A., Rugescu, I., y Goossens, V. (2022). ART in Europe, 2018: Results generated from European registries by ESHRE. *Human Reproduction Open*, 2022(3), 1-20. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac022>
- Yurica, C.L., DiTomasso, R.A. (2005). Cognitive Distortions en A. Freeman, S.H. Felgoise, C.M. Nezu, A.M. Nezu, M.A. Reinecke, M.A. (eds.), *Encyclopedia of Cognitive*

Behavior Therapy (pp. 117-122). Springer Nueva York. https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_36

- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., De Mouzon, J., Sokol, R. Z., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., y Van Der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care. *Human Reproduction*, 32(9), 1786-1801. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>
- Zhou, R., Cao, Y., Liǔ, D., y Xiao, J. (2021). Pregnancy or Psychological Outcomes of Psychotherapy Interventions for Infertility: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643395>

Anexo 1.**Cuestionario sociodemográfico**

Conteste a las siguientes preguntas con la máxima sinceridad posible.

Edad:

Nacionalidad:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

Estado civil:

Nivel de estudios:

Situación laboral:

Nivel de ingresos:

Número de hijos previos:

Tiempo en busca activa del embarazo:

Durante cuanto tiempo llevas recibiendo TRA:

En que fase de TRA te encuentras (en el caso de la FIV):

Por último, cuántos ciclos has recibido hasta ahora:

Anexo 2.

Escala General de Gravedad e Interferencia de Ansiedad (OASIS)

Los siguientes ítems preguntan sobre ansiedad. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido ansioso?

0 = No me sentí ansioso durante la última semana.

1 = Ansiedad infrecuente. Me sentí ansioso en algunos momentos.

2 = Ansiedad ocasional. La mitad del tiempo me sentí ansioso y la otra mitad no. Me costó relajarme.

3 = Ansiedad frecuente. Me sentí ansioso la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme.

4 = Ansiedad constante. Me sentí ansioso todo el tiempo y nunca llegué a relajarme.

2. Durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿cómo de intensa o grave fue tu ansiedad?

0 = Poco o nada. La ansiedad estuvo ausente o casi no la noté.

1 = Leve. La ansiedad fue de baja intensidad. Pude relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron solo un poco molestos.

2 = Moderada. La ansiedad me generó malestar en algunos momentos. Me resultó difícil relajarme o concentrarme, pero pude hacerlo cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron molestos.

3 = Severa. La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme o concentrarme en cualquier otra cosa. Los síntomas físicos fueron enormemente molestos.

4 = Extrema. La ansiedad me sobrepasó. Me fue totalmente imposible relajarme. Los síntomas físicos fueron insoportables.

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia evitaste situaciones, lugares, objetos o actividades debido a tu ansiedad o miedo?

0 = Ninguna. No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por miedo.

1 = Infrecuente. Evité algunas cosas de vez en cuando, pero por lo general me enfrenté a las situaciones u objetos. Mi estilo de vida no se vio afectado.

2 = Ocasional. Tuve algo de miedo a ciertas situaciones, lugares u objetos, pero todavía pudo manejarlos. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios. Siempre o casi siempre evité

las cosas que me dan miedo si estaba solo, pero las pude manejar si alguien venía conmigo.

3 = Frecuente. Tuve bastante miedo y realmente intenté evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar objetos, situaciones, actividades o lugares.

4 = Todo el tiempo. Evitar objetos, situaciones, actividades o lugares ha ocupado gran parte de mi vida. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas con las que solía disfrutar.

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en el trabajo, el colegio o en tu hogar?

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1 = Leve. La ansiedad me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas eran más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La ansiedad definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Severa. La ansiedad verdaderamente ha cambiado mi capacidad para hacer las cosas. Algunas cosas las he podido realizar, pero otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.

4 = Extrema. La ansiedad ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y en tus relaciones?

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La ansiedad apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La ansiedad interfirió algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo teniendo relaciones sociales algunas veces.

3 = Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi ansiedad. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4 = Extrema. La ansiedad ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa

Anexo 3.**Escala General de Gravedad e Interferencia de Depresión (ODSIS)**

Los siguientes ítems preguntan sobre depresión. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido?

0 = No me sentí deprimido durante la última semana.

1 = Depresión infrecuente. Me sentí deprimido en algunos momentos.

2 = Depresión ocasional. La mitad del tiempo me sentí deprimido y la otra mitad no.

3 = Depresión frecuente. Me sentí deprimido la mayor parte del tiempo.

4 = Depresión constante. Me sentí deprimido todo el tiempo.

2. Durante la última semana, cuando te sentiste deprimido, ¿cómo de intensa o grave fue tu depresión?

0 = Poco o nada. La depresión estuvo ausente o casi no la noté.

1 = Leve. La depresión fue de baja intensidad.

2 = Moderada. La depresión me generó malestar en algunos momentos.

3 = Severa. La depresión fue intensa la mayor parte del tiempo.

4 = Extrema. La depresión me sobrepasó.

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para realizar o interesarte en actividades que normalmente disfrutas debido a tu depresión?

0 = Ninguna. No tuve dificultades para realizar o interesarme en actividades que normalmente disfruto debido a la depresión.

1 = Infrecuente. Algunas veces tuve dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida no se vio afectado.

2 = Ocasional. Tuve algunas dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios.

3 = Frecuente. Tuve bastantes dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. He realizado cambios significativos en mi estilo de vida por no poder interesarme en actividades que solía disfrutar.

4 = Todo el tiempo. No he podido participar o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas que solía disfrutar.

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en el trabajo, el colegio o en tu hogar?

0 = Nada. La depresión no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1 = Leve. La depresión me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas fueron más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La depresión definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Severa. La depresión verdaderamente ha interferido en mis tareas. Algunas tareas las he podido realizar, pero muchas otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.

4 = Extrema. La depresión ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu vida social y en tus relaciones?

0 = Nada. La depresión no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La depresión apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La depresión ha interferido algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo manteniendo relaciones sociales algunas veces.

3 = Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi depresión. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4 = Extrema. La depresión ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

Anexo 4.**Cuestionario conocimientos sobre los problemas de fertilidad y TRA**

Contesta a las siguientes preguntas acerca de sus conocimientos sobre los problemas de fertilidad y los TRA, siendo lo más sincera posible. Recuerda este cuestionario no es un examen sino un indicador para nosotros de la eficacia del programa piloto para prevenir los trastornos emocionales con mujeres con problemas de fertilidad.

Marca con una X, el número que consideras que representa tu nivel de conocimiento siendo 1 (muy poco conocimiento) y 5 (mucho conocimiento).

1	2	3	4	5
Muy poco conocimiento	Poco conocimiento	Conocimiento neutral	Bastante conocimiento	Mucho conocimiento

Si tienes alguna duda, puedes consultarla con la profesional de la sala.

1. ¿Cuánto conocimiento consideras que tienes sobre los problemas de fertilidad?

1 2 3 4 5

2. ¿Cuánto conocimiento consideras que tienes sobre tu ciclo menstrual y sus momentos de ovulación?

1 2 3 4 5

3. ¿Cuánto conocimiento consideras que posees sobre los diferentes tipos de TRA?

1 2 3 4 5

4. ¿Cuánto conocimiento consideras que posees sobre los diferentes procedimientos que incluye cada uno de los TRA?

1 2 3 4 5

5. ¿Sabrías cómo administrarte las inyecciones de hormonas, consideras que tienes los conocimientos necesarios para hacerlo?

1 2 3 4 5

6. ¿Consideras que sabes cómo se lleva a cabo el procedimiento de recuperación de ovocitos?

1 2 3 4 5

7. ¿Consideras que sabes cómo se lleva a cabo la transferencia de embriones?

1 2 3 4 5

8. ¿Conoces que debes hacer el día y las horas antes de llevar a cabo la recuperación de ovocitos?

1 2 3 4 5

9. ¿Conoces que debes hacer el día y las horas antes de llevar a cabo la transferencia de embriones?

1 2 3 4 5

10. ¿Conoces los efectos secundarios de los diferentes TRA?

1 2 3 4 5

Anexo 5.**Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)**

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

1	2	3	4	5
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)

1. Percibo con claridad mis sentimientos.

1 2 3 4 5

2. Presto atención a como me siento.

1 2 3 4 5

3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.

1 2 3 4 5

4. No tengo ni idea de cómo me siento.

1 2 3 4 5

5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.

1 2 3 4 5

6. Estoy atento a mis sentimientos.

1 2 3 4 5

7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.

1 2 3 4 5

8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.

1 2 3 4 5

9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.

1 2 3 4 5

10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.

1 2 3 4 5

11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.

1 2 3 4 5

12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.

1 2 3 4 5

13. Cuando me siento mal, pierdo el control.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.**
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Anexo 6.**Escala de conciencia sobre la Atención Plena (MAAS)**

Instrucciones: Usando la escala del 1 al 6 por favor indica lo que realmente refleja tu propia EXPERIENCIA DIARIA.

1 = Casi siempre

6= Casi nunca

1. Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.

1 2 3 4 5 6

2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.

1 2 3 4 5 6

3. Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.

1 2 3 4 5 6

4. Tiendo a caminar rápido atención para llegar a dónde voy, sin prestar a lo que experimento durante el camino.

1 2 3 4 5 6

5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención.

1 2 3 4 5 6

6. Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.

1 2 3 4 5 6

7. Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada conciencia de lo que estoy haciendo.

1 2 3 4 5 6

8. Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.

1 2 3 4 5 6

9. Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.

1 2 3 4 5 6

10. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo

1 2 3 4 5 6

11. Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

12. Conduzco “en piloto automático” y luego me pregunto por qué fui allí.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

13. Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. Me descubre haciendo cosas sin prestar atención.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. Pico sin ser consciente de que estoy comiendo.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Anexo 7.**Cuestionario de Regulación de las Emociones (ERQ)**

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación es verdad para usted haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala del 1 al 7.

1 =fuertemente en desacuerdo

7 = totalmente de acuerdo

- 1. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas (p.ej. alegría, diversión), cambio el tema sobre el que estoy pensando.**

1 2 3 4 5 6 7

- 2. Guardo mis emociones para mí mismo.**

1 2 3 4 5 6 7

- 3. Cuando quiero reducir mis emociones negativas (p.ej. tristeza, enfado), cambio el tema sobre el que estoy pensando.**

1 2 3 4 5 6 7

- 4. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.**

1 2 3 4 5 6 7

- 5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma.**

1 2 3 4 5 6 7

- 6. Controlo mis emociones no expresándolas.**

1 2 3 4 5 6 7

- 7. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.**

1 2 3 4 5 6 7

8. Controló mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación en la que me encuentro.

1 2 3 4 5 6 7

9. Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.

1 2 3 4 5 6 7

10. Cuando quiero reducir mis emociones negativas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.

1 2 3 4 5 6 7

Anexo 8.

Test de Asertividad de Rathus (RAS)

INSTRUCCIONES: Indica, mediante el código siguiente, hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las frases siguientes.

- +3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- +2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- +1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- -1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- -2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- -3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloca su puntuación sobre la casilla situada a la derecha.

Nº	Ítem	Respuesta
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo.	
2	He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.	
3	Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo al camarero/a.	
4	Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.	
5	Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".	
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.	
7	Hay veces en que provoco abiertamente una discusión.	
8	Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.	
9	En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.	
10	Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.	
11	Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.	
12	Rehúyo telefonear a instituciones y empresas.	
13	En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.	

- 14 Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.
 - 15 Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.
 - 16 He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.
 - 17 Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.
 - 18 Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.
 - 19 Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.
 - 20 Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.
 - 21 Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.
 - 22 Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, o la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.
 - 23 Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".
 - 24 Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.
 - 25 En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.
 - 26 Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder.
 - 27 Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.
 - 28 Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.
 - 29 Expreso mis opiniones con facilidad.
 - 30 Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.
-

Anexo 9.

Cuestionario de satisfacción con el programa psicológico

Conteste a las siguientes preguntas acerca de su satisfacción con el programa:

1. ¿La información recibida sobre las características del programa fue adecuada?

2. ¿El número, la duración y la distribución de las sesiones le parecieron adecuadas?

3. Del 1 al 5 siendo 1=poco adecuadas y 5=muy adecuados, ¿cómo valorarías el contenido de la primera sesión (pre-evaluación y presentaciones)?

1 2 3 4 5

4. Del 1 al 5 siendo 1=poco adecuadas y 5=muy adecuados, ¿cómo valorarías el contenido de la segunda sesión (información TRA)?

1 2 3 4 5

5. Del 1 al 5 siendo 1=poco adecuadas y 5=muy adecuados, ¿cómo valorarías el contenido de la tercera sesión (información sobre las emociones)?

1 2 3 4 5

6. Del 1 al 5 siendo 1=poco adecuadas y 5=muy adecuados, ¿cómo valorarías el contenido de la cuarta sesión (trabajar la atención plena)?

1 2 3 4 5

7. Del 1 al 5 siendo 1=poco adecuadas y 5=muy adecuados, ¿cómo valorarías el contenido de la quinta sesión (trabajar la flexibilidad cognitiva)?

1 2 3 4 5

8. Del 1 al 5 siendo 1=poco adecuadas y 5=muy adecuados, ¿cómo valorarías el contenido de la última sesión (trabajar la asertividad, post-evaluación y despedida)?

1 2 3 4 5

9. ¿Cómo valorarías la actuación del profesional en las sesiones? Del 1 al 5 siendo 1=poco adecuadas y 5=muy adecuados.

1 2 3 4 5

10. ¿Cómo valorarías tu satisfacción global con el programa del 1 al 5 siendo 1= muy poco satisfecha y 5 = muy satisfecha?

1 2 3 4 5

11. ¿Qué contenido te ha parecido más útil e interesante? ¿Y menos?

12. ¿Se ha sentido cómoda en las sesiones, tanto con el profesional como con las compañeras?

13. A continuación puedes escribir los comentarios que consideres oportunos en relación al programa psicológico en el que has participado:

Anexo 10.**Consentimiento informado****DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPANTE**

PROYECTO: “Programa piloto para la prevención de la ansiedad y la depresión en mujeres con problemas de fertilidad”

Responsable: Universidad de Zaragoza

Creador/a Principal (IP): María Fuertes Alegre

Tfno: 978618101

Correo: 776959@unizar.es

Tutora: Verónica Martínez Borba
v.martinez@posta.unizar.es

Correo:

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un programa piloto de prevención que estamos realizando en la Universidad de Zaragoza.

Su participación es voluntaria, pero antes, de tomar una decisión le pedimos que:

- lea este documento entero,
- entienda la información que contiene,
- haga todas las preguntas que considere necesarias,
- tome una decisión meditada
- firme el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se solicita su colaboración en este proyecto ya que cumple con las características a las que va dirigido nuestro programa de prevención, es decir, mujeres mayores de edad y con problemas de fertilidad, sin diagnóstico previo de ansiedad o depresión, que no hayan recibido previamente asistencia psicológica o psiquiátrica para estas patologías.

Si Ud. cumple estas especificaciones su participación es importante para nosotros. En el estudio está previsto que participen un total de 8-10 personas.

3. ¿Cuál es el objeto de este proyecto

Conocer cuál es la eficacia del programa piloto a la hora de prevenir la aparición de problemas emocionales como la ansiedad y depresión en mujeres que están recibiendo tratamientos de reproducción asistida por problemas de fertilidad.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Su participación consistirá en asistir y participar en las seis sesiones del programa, además de acudir a una entrevista previa con el psicólogo encargado del programa. También se deberá comprometer a rellenar los cuestionarios de evaluación antes de comenzar, al finalizar y en los posteriores seguimientos al mes, tres y seis meses.

Si usted accede a participar tendrá que firmar el consentimiento informado que le presentamos al final de este documento.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

La participación en el programa de prevención no supone ningún riesgo para la salud de las participantes.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un programa piloto orientado a generar conocimiento usted no obtendrá ningún beneficio económico por su participación si bien contribuirá al avance científico y al beneficio social. Al mismo tiempo que adquirirá los conocimientos y habilidades trabajados en el programa.

7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?

Este proyecto cumple con la Legislación relacionada con la protección de datos; en particular el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (Reglamento UE 2016/679, de 27 de abril) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos

Personales y Garantías de los Derechos Digitales. También con toda la normativa de ética en la investigación y, si es el caso, del tratamiento de datos de la investigación en salud e investigación biomédica. El proyecto está autorizado por la Universidad de Zaragoza. A continuación, le indicamos brevemente cómo trataremos sus datos personales:

Información básica sobre protección de datos.

Responsable del tratamiento: Universidad de Zaragoza

Responsable interno: María Fuertes Alegre

Encargado interno: María Fuertes Alegre

Finalidad: Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el proyecto o estudio al que hace referencia este documento. El tratamiento de sus datos personales se realizará utilizando técnicas para mantener su anonimato mediante el uso de códigos aleatorios, con el fin de que su identidad personal quede completamente oculta durante el proceso de investigación.

Legitimación: El tratamiento de los datos de este proyecto o estudio queda legitimado por su consentimiento a participar.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

Duración: Los datos personales serán destruidos una vez se haya cumplido con la finalidad para la que se recabaron y para las posibles revisiones o determinación de responsabilidades. Los resultados objeto de explotación, ya completamente anonimizados y sin datos personales, podrán ser conservados para su posible reutilización en otros trabajos de investigación.

Derechos: Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) **ante la Investigadora Principal del Proyecto**, cuyos datos de contacto figuran en el encabezamiento de este documento, o dirigiendo un correo electrónico al Delegado/a de Protección de Datos de la Universidad de Zaragoza (dpd@unizar.es). Si no viera atendida su petición podrá dirigirse en reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>). Podrá consultar información adicional sobre protección de datos en la Universidad de Zaragoza en la dirección: <https://protecciondatos.unizar.es/>

9. ¿Se me informará de los resultados de la investigación?

Usted tiene derecho a conocer los resultados de la presente programa derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador se los hará llegar.

10. ¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria: puede decidir libremente no participar sin que eso influya en su práctica habitual ni tenga para Ud. ninguna otra repercusión que pudiera serle desfavorable. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones: bastará con que le manifieste su intención al Investigador/a.

11. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento están recogidos los nombres y datos de contacto de los investigadores que participan en este proyecto. Puede dirigirse a uno de ellos en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención.

Si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
--

Título del Proyecto: “Programa piloto para la prevención de la ansiedad y la depresión en mujeres con problemas de fertilidad”

Yo, _____ (nombre y apellidos del/de la participante)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el proyecto y he recibido suficiente información sobre el mismo.
- He hablado con: María Fuertes Alegre.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1) cuando quiera
 - 2) sin tener que dar explicaciones
 - 3) sin que esto tenga ninguna repercusión para mí

Y, en consecuencia,

Presto libremente mi consentimiento para participar en este proyecto y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: **SÍ** **No** (rodee la respuesta que considere)

Si marca **SÍ** indique su teléfono o correo electrónico de contacto:

He recibido una copia de este Consentimiento Informado.

Firma de la participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio a la persona participante.

Firma del investigador/a:

Fecha:

Anexo 11.**Dinámica “Telaraña”**

Todas las participantes formarán un círculo, una de las profesional tomará el principio del ovillo de lana y lanzara el resto del ovillo a algún participante que el elija pero antes de lanzarlo deberá decir su nombre, pasatiempos, intereses..., al lanzarlo el otro participante debe repetir la presentación de su compañero y la propia y lanzar el ovillo, quedándose también con una parte de él, hasta llegar al último participante y lograr formar una telaraña, llegados a este punto la profesional tomará la decisión de deshacerla, siguiendo el mismo desarrollo pero ahora mencionaran los participantes otro dato como algo positivo sobre la persona a la que le regresara el extremo del ovillo y así se continua hasta llegar a la primera persona que ha comenzado la actividad.

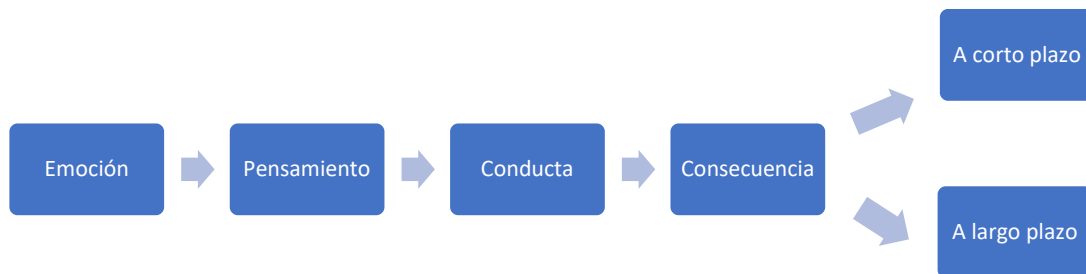
- Material: Un ovillo de lana.

Anexo 12.**Lista de emociones y clasificación**

- Alegría
- Enfado
- Tristeza
- Sorpresa
- Asco
- Miedo
- Culpa
- Ira

Positivas

Negativas

Anexo 13.**Esquema de la relación entre emociones, pensamientos, conducta y consecuencias**

Anexo 14.

Estrategias de regulación emocional

Anexo 15.

Ejercicio “Uva pasa”

El objetivo de este ejercicio es comer una uva pasa en estado de consciencia normal (piloto automático), y otra con atención plena, para comprobar la diferencia entre ambos estados.

Se seguirá el siguiente procedimiento:

- **Primera pasa:** Se comerán la pasa como lo hacen habitualmente, es decir, deprisa. Muchas personas nunca comen las pasas de una en una, sino de tres en tres o de cuatro en cuatro. Una vez que se ha ingerido, se reflexiona brevemente sobre la experiencia.
- **Segunda pasa:** Intentamos mantener una atención plena hacia todo el proceso de su ingesta.
 1. Mantener: En primer lugar, sostén la uva pasa en la palma de la mano o entre los dedos índice y pulgar. Enfoca la atención en ella, imagina que acaba de venir de un país lejano y que nunca has visto este objeto a lo largo de tu vida.
 2. Ver: Dedica unos minutos a ver realmente el objeto, observa cuidadosamente y nota las pasas en su conjunto. Deja que tus ojos exploren cada parte de la pasa, examinando este objeto desconocido. ¿Dónde están las zonas de luz, las regiones oscuras, las arrugas y los pliegues? ¿Hay alguna asimetría? ¿Qué características tiene la pasa?
 3. Tocar con los dedos: Durante unos instantes, gira la pasa entre los dedos. ¿Qué textura tiene la pasa? ¿Es dura, suave? Cierra los ojos por un instante para que puedas aumentar el sentido del tacto.
 4. Oler: Pon la pasa debajo de la nariz. ¿Qué te hace sentir? ¿Qué aromas y fragancias aparecen? ¿Se está produciendo algún suceso interesante en la boca o el estómago?
 5. Oír: Pon la pasa al lado del oído y frótala. ¿Qué te hace sentir? ¿Qué sonidos aparecen?
 6. Poner en los labios y la boca: Ahora, lentamente, conduce la pasa a tus labios, nota también los movimientos de tu mano y brazo hasta los labios. Con suavidad, coloca la pasa en tu boca sin masticarla todavía. Observa la forma en que se distribuye por tu boca. Dedica algún tiempo a explorar todas estas sensaciones, incluyendo la lengua.
 7. Saborear: Cuando estés listo, comienza lentamente a mastigar la pasa, sin tragarla todavía. El primer mordisco realízalo lentamente. ¿Qué sensaciones

aparecen? Ten en cuenta las sensaciones de sabor y textura en la boca, y cómo cambian con el tiempo, a cada momento.

8. Tragar: Cuando estés listo, comienza lentamente a tragar la pasa ¿qué notas cuando aparece la primera intención de tragarla? ¿Qué sensación experimentas antes de ingerir las pasas? Por último, mira si puedes experimentar las sensaciones durante el trayecto de la pasa hasta el estómago, y observa también qué sensaciones aparecen en el cuerpo después de finalizar la ingesta con atención plena.
 9. Hacerse consciente de la interconexión de la pasa con el planeta y con todos los seres humanos: Piensa en el desarrollo de esta pasa. Ha requerido tierra para crecer, lluvia y sol para madurar, el efecto del viento para germinar. Toda la naturaleza, todo el planeta, ha intervenido en su desarrollo. Piensa en cómo la pasa ha llegado hasta ti. Gracias al comerciante que la ha vendido, a la persona que la ha transportado, al agricultor que la ha cultivado. Y gracias a cientos de generaciones que han traspasado el arte de la agricultura hasta nuestros días. Una simple pasa, como cualquier objeto de este mundo, ha requerido la intervención de la naturaleza y de todo el planeta. También ha necesitado el esfuerzo de millones de seres humanos a través de múltiples generaciones. Cualquier objeto o acción en este mundo es, simplemente, un milagro. Pero no somos conscientes de ello porque siempre estamos pensando en otra cosa. Nos quedamos unos segundos pensando en esto.
- **Tercera pasa**: La gente toma la tercera pasa con atención plena, pero sin estar dirigido por el instructor, a su propio ritmo. Cuando terminan, se pone en común la experiencia.

Anexo 16.

Mindfulness en respiración

- Paso 1. Adopta una posición cómoda sentada, dejando que el cuerpo se estabilice, lentamente, en esa posición. Se pueden hacer una o dos respiraciones más profundas para llevar la atención sobre el cuerpo y, poco a poco, empezar a notar las sensaciones corporales en ese momento (por ejemplo: el contacto del cuerpo con el suelo, con la esterilla o con la silla, la temperatura de la piel, sensaciones en general), hasta llegar a incluir las sensaciones de todo tu cuerpo en general.
- Paso 2. Poco a poco, empieza a tomar consciencia de tu respiración. Puedes llevar la atención hacia los movimientos del pecho o del abdomen durante la inspiración y la espiración o hacia las sensaciones del paso del aire que entra y sale a través de las ventanas de la nariz durante la respiración. Es importante seguir el flujo natural de la respiración, sin tratar de cambiarlo, solo observándolo y tomando consciencia de él, aceptando lo que está ocurriendo en el presente.
- Paso 3. Eventualmente, la mente va a divagar. Es muy normal que la atención se aleje repetidamente de la respiración y de las sensaciones corporales y esto no supone ningún problema. Cuando tomes consciencia de que alguna distracción, en forma de sensación, pensamiento, sentimiento o impulso surge en la mente, simplemente toma consciencia de que la mente está divagando y, amablemente, deja que las distracciones pasen, sin enfadarte contigo ni juzgarlas, y vuelve a dirigir la atención hacia la respiración y la totalidad del cuerpo.
- Paso 4. Es posible que puedas experimentar sensaciones intensas, como dolor en alguna parte del cuerpo, y descubras que la atención se ve repetidamente arrastrada por estas sensaciones, alejándose del punto de anclaje elegido (la respiración o el cuerpo). Tal vez quieras aprovechar entonces para decidir deliberadamente cambiar de postura o permanecer en ella y cambiar el foco de atención a esas sensaciones más intensas. Si te decides por esta opción, puedes explorar las sensaciones de forma más detallada: ¿cómo sientes las sensaciones?, ¿en qué lugar?, ¿cambian de intensidad o de lugar con el tiempo? No se trata de que pienses en ello, sino de que lo sientas. Puedes usar la respiración para dirigir la atención a esa zona «respirándola», como se hace en el escáner corporal.
- Paso 5. Siempre que la atención se vea arrastrada por la intensidad de las sensaciones físicas o cuando la atención se distraiga, puedes volver a conectar con el presente

dirigiendo la consciencia al movimiento de la respiración o a la sensación del cuerpo como una totalidad. Después, la consciencia puede expandirse hasta incluir las sensaciones procedentes de todo el cuerpo.

- Paso 6. Antes de cerrar la sesión, vuelve a llevar tu atención hacia las sensaciones de la respiración abdominal. Puedes sentir la conexión con la inspiración y la espiración instante tras instante, percibiendo el anclaje a la respiración y la sensación de equilibrio. Poco a poco, cuando te sientas preparado, puedes poner fin a la práctica.

Anexo 17.

Escáner corporal

Paso 1. Colóquese en una posición que le resulte cómoda para la realización de ejercicio.

Paso 2. Empezando por la cabeza, uno puede explorar las sensaciones en todo el cuero cabelludo, desde la base del cuello hasta la frente, observando, lenta y conscientemente, todas las sensaciones en esa parte del cuerpo (picor, temperatura, dolor, contacto con el aire o con otros objetos, ausencia de sensación), incluyendo tanto las sensaciones agradables como también los posibles puntos de tensión, dolor o incomodidad. Del mismo modo, hay que desplazarse a través de toda la cabeza, incluyendo la frente (zona frecuentemente en tensión), las cejas, los ojos, la nariz, los labios y la boca, las orejas, ambos lados de la cara y la mandíbula. Posteriormente, se explora alrededor del cuello, hacia adelante y hacia atrás. Después, la atención se desplaza hacia los hombros y hacia otras partes del cuerpo: manos y brazos, pecho y abdomen, toda la longitud de la espalda, la cadera, y, finalmente, las piernas y los pies. Si se empieza a partir de los pies, se comienza la exploración hacia las sensaciones de temperatura en los pies, preferentemente un pie cada vez, incluyendo los dedos de los pies. Del mismo modo, se continúa explorando las piernas y otras partes del cuerpo hasta el extremo de la cabeza.

Paso 3. Es frecuente que la atención se vaya, que la mente divague. Es el funcionamiento natural de la mente, no es un problema. Tomamos consciencia de que es así y, amablemente, volvemos a llevar la atención a la parte del cuerpo que se ha nombrado. Si no sabemos dónde estamos, podemos ir a la respiración hasta que el instructor nombre otra parte como punto de anclaje. Si notas que te duermes, puedes cambiar la posición a sentado, abrir los ojos o adoptar una posición ligeramente incómoda con un brazo o una pierna (levantándola, dejándola doblada, etc.).

Paso 4. Se puede notar cierta tensión, incomodidad o dolor en alguna región específica del cuerpo durante la práctica. En ese caso, además de explorar de forma «más cercana» la naturaleza de esta tensión, incomodidad o dolor, uno también puede imaginar que se está suavizando la zona corporal alrededor de dicha sensación mientras la explora, y/o se puede imaginar que se está «respirando» con esas partes específicas del cuerpo, lo que puede llegar a disminuir un poco el malestar. Este «respirar» las sensaciones corporales o emociones difíciles es una práctica habitual en mindfulness.

Paso 5. Antes de acabar la práctica, se debe explorar por algún tiempo las sensaciones de todo el cuerpo en su conjunto. Después, se realizan algunas respiraciones más profundas y movimientos lentos de estiramiento de todo el cuerpo, para ayudar en la fase de transición hasta que se da por finalizada totalmente la práctica.

La secuencia de partes del cuerpo que se analizarán debido a la limitación del tiempo es la siguiente, mano derecha, pie izquierdo, nariz, oreja derecha, ojo izquierdo, columna vertebral, pierna derecha, lengua, brazo izquierdo.

Anexo 18.**Video para trabajar la atención plena**

MINDFULNESS ESCÁNER CORPORAL. Nivel 1

- <https://www.youtube.com/watch?v=0HNx7Ok-vs4>

Anexo 19.

Lista de distorsiones cognitivas

DISTORSIÓN COGNITIVA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Inferencia arbitraria	Se llega a una conclusión basándose en información incompleta, errónea, sin base empírica	“Si no me han llamado todavía de la Unidad de Reproducción Humana debe ser que hay algo mal en mi analítica”
Catastrofismo	Se evalúa el peor resultado posible de lo que sucedió o va a suceder	“Me duele el estómago, seguro que tengo un tumor maligno”
Comparación	Tendencia a compararse (la conclusión generalmente es ser peor que los demás)	“Todas mis amigas pueden tener hijos menos yo”
Descalificación de lo positivo	Se resta importancia, ignora, se quita valor a lo positivo	A una mujer le dicen que los valores de la hormona están en niveles óptimos para este TRA y piensa “no servirá de nada, esto se lo dicen a todas para que se queden tranquilas”
Razonamiento emocional	Las opiniones o conclusiones se toman basándose en las emociones que experimentan, la persona cree que lo que siente tendría que ser verdadero	“Si estoy nerviosa, es porque la prueba va a salir mal”
Construir la valía personal en base a opiniones externas	La valía personal depende de la opinión de los otros	“Mi madre dice que no valgo para ser madre, seguro que tiene razón”
Adivinación	Creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas	“Seguro que piensa que nunca conseguiré quedarme embarazada”
Etiquetado	Se etiqueta a uno mismo o a los demás de forma peyorativa. Se generalizan una o dos cualidades	“Soy una mala persona por no alegrarme del embarazo de mi amiga”

Magnificación	Se exagera lo negativo de una situación, rasgo, evento, cualidad	“He hablado mal a las profesionales de la unidad de reproducción humana, seguro que ahora me hacen mal el tratamiento y no consigo el embarazo”
Minimización	Restar importancia a una situación, evento, rasgo, cualidad	“No es para tanto, todo el mundo habría sido capaz de conseguir seguir el tratamiento como indica el médico”
Lectura del pensamiento	La persona cree que puede adivinar lo que otras personas sienten o piensan sobre ella (que suele ser negativo)	“Aunque me acompañe a las visitas médicas, seguro que lo hace por obligación, seguro que piensa que soy débil y no soy capaz de hacerlo sola”.
Sobregeneralización	Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la experiencia	“No he conseguido quedarme embarazada a la primera, jamás podré hacerlo”
Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección	“Tengo que controlar todo lo que como y lo que me muevo para asegurarme que consigo el embarazo”
Personalización	Se asume causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros sin evidencia. Cree que lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella	Un compañero hace un comentario negativo en el trabajo y piensas “seguro que iba por mí ya que he faltado varios días por las pruebas médicas de los TRA”
Debería	La persona tiene una lista de normas rígidas sobre cómo deben actuar tanto ella como los demás. No se analiza si son razonables	“No debería estar triste por el resultado de la prueba de embarazo”

Anexo 20.**Discusión cognitiva**

1. Identificar el pensamiento automático negativo (Valorar creencia de 0-100).

2. Identificar la emoción de forma objetiva (Valorar intensidad de 0-10).

3. Discusión
 - Evidencias o pruebas a favor del pensamiento automático negativo

 - Evidencias o pruebas en contra del pensamiento automático negativo

4. Teniendo en cuenta la evidencia encontrada, evaluar la probabilidad de que el pensamiento negativo sea cierto (0-100).

5. Generar pensamientos alternativos a ese pensamiento negativo y evaluar el grado de creencia en este o estos pensamientos más objetivos y realistas (0-100).

6. Desdramatizar o quitar hierro al asunto: Si el pensamiento negativo fuera cierto, ¿esto sería tan horrible? ¿sería lo peor que te puede pasar en la vida?
7. Valorar la utilidad del pensamiento negativo tanto a nivel emocional y comportamental: ¿de qué me sirve pensar así? ¿Este pensamiento me ayuda a alcanzar mis objetivos?
8. Teniendo en cuenta todos los pasos anteriores (el terapeuta puede hacer un pequeño resumen), reevaluar el grado de creencia en el pensamiento negativo (0-100) y la intensidad de la emoción (0-10).
9. Búsqueda de soluciones: ¿qué puedo hacer para mejorar la situación?

Anexo 21.

Técnica “Triple columna”

Pensamiento automático	Distorsión cognitiva	Pensamientos alternativos

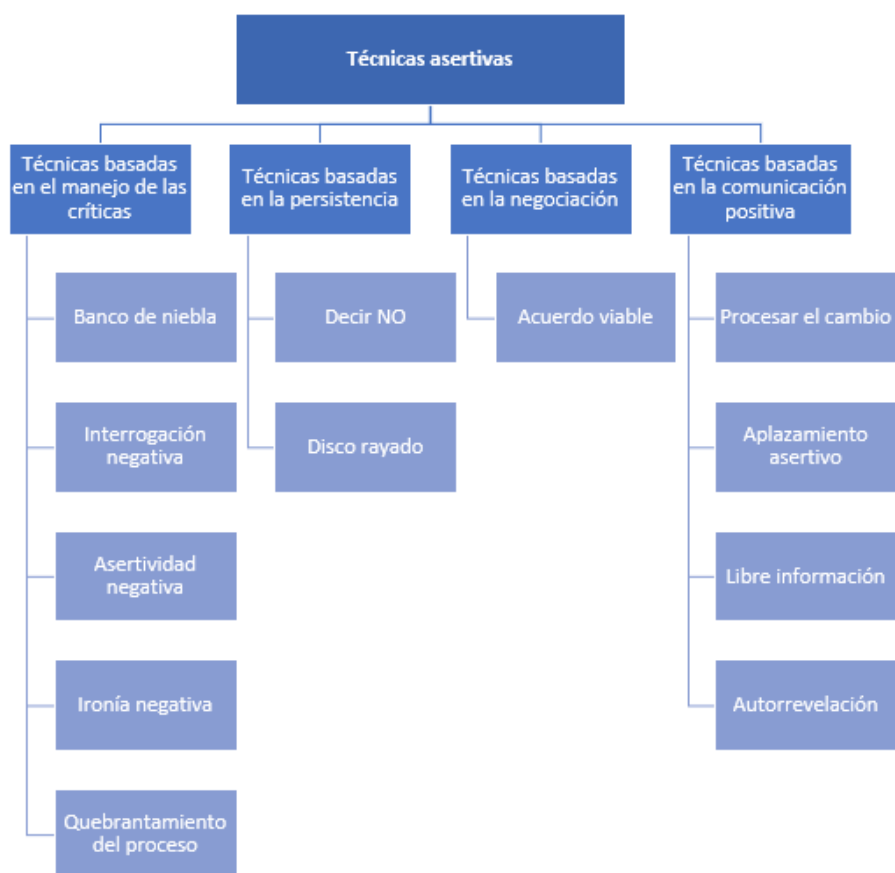
Anexo 22.

Derechos asertivos

1. Derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
 2. Derecho a experimentar y expresar sentimientos.
 3. Derecho a tener y expresar opiniones y creencias.
 4. Derecho a decidir qué hacer con mi propio tiempo, cuerpo y propiedad.
 5. Derecho a cambiar de opinión.
 6. Derecho a decidir sin presiones.
 7. Derecho a cometer errores y a ser responsables de ellos.
 8. Derecho a ser independientes.
 9. Derecho a pedir información.
 10. Derecho a ser escuchado y tomado en serio.
 11. Derecho a tener éxito y a fracasar.
 12. Derecho a estar solo.
 13. Derecho a estar contento.
 14. Derecho a no ser lógico.
 15. Derecho a decir "No lo sé".
 16. Derecho a hacer cualquier cosa sin violar los derechos de los demás.
 17. Derecho a no ser asertivo.
-

Anexo 23.

Técnicas de comunicación asertiva



Anexo 24.**Presupuesto del programa de prevención**

Recursos humanos	Horas	Coste
2 psicólogos	22h cada profesional (12h programa, 5h corrección cuestionarios y 5h preparación previa) x 4 grupos	8.800 €
Ginecólogo	1h x 4 grupos	200 €
Recursos materiales	Cantidad	Coste
Sala	1	0 €
Mobiliario	13 sillas 1 pizarra 1 impresora 1 mesa	0 €
Material impreso	38 consentimientos informados 1.480 cuestionarios 44 anexos dinámicas	0,06€ x 3.988 = 239,28 €
Material de papelería	45 bolis 500 folios	0,28€ x 45 = 12,6 € 9,40 €
Ovillo de lana	1	5 €
Uvas pasas	114	1,35 €
Total		9.267,63 €

Nota: La sala y el mobiliario tienen un coste cero, ya que son cedidas por el hospital en el que se lleva a cabo el programa.