



Trabajo Fin de Grado

La infertilidad femenina: desde la soledad al apoyo psicoterapéutico a largo plazo

Autora

Noelia Guallar Troncho

Directora

Prof^a. Dra. Adriana Jiménez-Muro Franco

Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

Teruel, 28 de Septiembre de 2016

Índice

1. Resumen y Abstract	3
2. Justificación Teórica	4-6
3. Objetivos	6-7
4. Destinatarios	7
5. Localización	7
6. Metodología	7-14
a. Participantes	7
b. Instrumentos	8-9
c. Procedimiento	9-10
d. Sesiones	10-14
7. Recursos	14
8. Procesos de evaluación	14-15
9. Resultados esperados	15-16
10. Conclusiones	16-17
11. Referencias Bibliográficas	18-20
12. Anexos	21-68

Resumen

La infertilidad se considera un estresor crónico que genera un desajuste psicológico en la mujer y afecta a su vida en pareja. En España, se estima que sobre un millón de personas lo sufren. Debido a la relevancia de este problema, se plantea este proyecto, cuyo objetivo principal es prevenir los desajustes psicológicos, ayudar a la pareja a tomar sus propias decisiones y guiarle en el proceso de duelo. Se tomará una muestra de 30 parejas infértiles heterosexuales (con un rango de 28 a 38 años), de una zona rural, con diagnóstico de infertilidad primaria de causa femenina o desconocida. Las parejas serán divididas en dos grupos, experimental y control, y varios cuestionarios serán administrados para evaluar la eficacia y satisfacción con el programa. Las sesiones se dividen en dos fases, una de 6 meses antes de IA (Inseminación Artificial) y otra de otros 6, durante y después de IA. Se espera que las parejas del grupo experimental mejoren en la ansiedad, en la relación de pareja, en la aceptación de la infertilidad y en otras variables. Además, se espera que puedan tomar libremente una decisión, aumentar la probabilidad de éxito de IA y que se produzca un ajuste similar entre los miembros de este grupo, independientemente de la concepción o no.

Palabras clave: Infertilidad; Inseminación Artificial; desajustes psicológicos; duelo; Psicología de la Reproducción.

Abstract

Infertility is considered a chronic stressor which generates a psychological imbalance in women and affects her couple's life. In Spain, it is estimated that over one million people suffer it. Due to the relevance of this problem, this project is proposed, whose main objective is to prevent psychological disturbances, help the couple in making their own decisions and guide them in the grieving process. A sample of 30 infertile heterosexual couples of a rural area, will be taken (with a range of 28 to 38 years), with a primary infertility diagnosis due to female or unknown cause. Couples will be divided into two groups, experimental and control, and some questionnaires will be administered to them to assess the effectiveness and satisfaction with the program. Sessions are divided into two phases, one for 6 months before the AI (Artificial Insemination), and the other one for 6 months, during and after the AI. It is expected that couples of the experimental group may improve in anxiety, in their relationship, in the acceptance of infertility and in other variables. It is also expected that they can freely make a decision, increase the probability of success of AI and that produce a similar psychological adjustment among members of this group, whether conception occurs or not.

Keywords: Infertility; Artificial Insemination; psychological disturbances; grief; Reproductive Psychology.

Justificación teórica

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define la esterilidad primaria como “aquel padecimiento que aqueja a parejas que no consiguen el hijo de forma natural al cabo de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva” (Moreno-Rosset, 2010, p. 16), es decir, cuando no se consigue ni si quiera la gestación, recomendándose el límite de 6 meses cuando las mujeres tengan 35 años o más (Moreno-Rosset, 2009a). Por el contrario, la infertilidad primaria se da en aquellas mujeres que pudiendo concebir, no consiguen llegar al parto. La secundaria haría referencia a la incapacidad de gestación o de llevar a término un embarazo después de haber conseguido un embarazo y parto normal anterior (Moreno-Rosset, 2010). La infertilidad afecta en mayor medida en el ámbito psíquico y social frente al físico (Moreno-Rosset, 2010). Los tratamientos de elección para estos casos son las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), cuando los tratamientos curativos no son viables o no han tenido efecto. Existen dos tipos, la Inseminación Artificial (IA) y la Fecundación in vitro (FIV).

Dado que la reproducción es un proceso fisiológico que todas las personas presuponen y su alteración no es previsible, supone un acontecimiento vital estresante, convirtiéndose en un estresor crónico (Moreno-Rosset, 2010). Sería similar a una situación de duelo, en la que se produce una pérdida de algo que tenía forma en la mente de la pareja. La infertilidad puede llegar a desequilibrar a la pareja cuando ésta se centra casi exclusivamente en la ausencia del hijo, siendo la segunda causa de ruptura en casi todos los países (Moreno-Rosset, 2009a).

Los estudios pre-tratamiento médico muestran generalmente, un mayor desajuste emocional de las mujeres infértiles, caracterizado por una mayor ansiedad, obsesión, depresión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y menor estabilidad de la pareja (Wang et al., 2007). En Moreno-Rosset (2007) y Verhaak et al. (2007) destacan que estas puntuaciones no llegar a ser clínicas. Además se encuentran menores niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que consiguen el embarazo con TRA y un aumento cuando fracasa la técnica (Moreno-Rosset, 2010; Verhaak et al., 2001). Por el contrario, en el estudio de Linsten, Verhaak, Eijkemans, Smeenk y Braat (2009) no se encuentra relación entre estas variables y la cancelación y el éxito del tratamiento. Otros estudios han mostrado que en aquellas mujeres a las que además se aplica una intervención psicológica, las que presentan mayores niveles de estrés y depresión antes del tratamiento, se benefician en mayor medida de ambos tratamientos (Cooper, 2007) y en la fase post-tratamiento los niveles entre las que consiguen embarazo y las que no, se iguala (Moreno-Rosset, 2007).

Según Moreno-Rosset (2010), el fenómeno puede afectar al vínculo afectivo, la comunicación y a la relación sexual de la pareja ya que, con el tiempo deja de dirigirse únicamente al placer y se centra en la procreación, lo que puede llevar a un aumento del estrés y disfunciones sexuales, como la pérdida del deseo sexual. Además, puede repercutir en la autoestima de la mujer, y presentar éstos sentimientos de culpa e ideas irracionales por eventos pasados como abortos voluntarios y dar lugar a repercusiones emocionales (ira, frustración, pena, sentimientos de inutilidad) y manifestaciones somáticas (alteraciones del sueño, el apetito, cansancio). La presión de los familiares para que obtengan descendencia también es una importante fuente de estrés para la pareja, lo que les lleva a alejarse en ocasiones de ellos. Las amistades son un importante apoyo social, sin embargo, puede darse el rechazo si éstos les recuerdan su incapacidad (Moreno-Rosset, 2010). Todo ello genera una debilitación de la red de apoyo social que aumentará la vulnerabilidad de la pareja.

A diferencia de otras enfermedades crónicas, el estado emocional no es estático si no que evoluciona según las fases (Verhaak et al., 2007). En un primer momento surge una fase de negación y aislamiento; y cuando se acepta el problema, emociones de enfado y se busca un culpable (Moreno-Rosset, 2009a; Read, 1995). La pareja debe explorar nuevas perspectivas que darán paso a sentimientos de confianza y esperanza cuando se pone en marcha el tratamiento. Durante éste, también aparecerá un aumento de la ansiedad y de miedos, sobre todo en la fase de espera de los resultados. Finalmente, dependiendo del éxito, se encontrarán diferentes emociones (Moreno-Rosset, 2009a; Read, 1995). Existe una mayor sintomatología de ansiedad y depresión tras el primer ciclo de tratamiento sin éxito. En los sucesivos intentos se produce una curva emocional en forma de “U”, siendo las manifestaciones emocionales mayores en los primeros, reduciéndose en los siguientes, y aumentando de nuevo si no se consigue al final el embarazo (Moreno-Rosset, 2010).

Según la OMS, se estima que hay 50 millones de parejas infértiles en el mundo, siendo en España sobre un millón, debido al aumento de la edad media del parto (31 años), y creciendo sobre 16.000 casos por año (Asociación Pro Derechos Civiles, Económicos y Sociales [ADECES], 2015). Además, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) en su informe sobre fertilidad de 2015, establece que España tiene la cuarta tasa de fertilidad más baja de los países estudiados (1,27), producto de su alta esperanza de vida y el envejecimiento de la población (OECD, 2015). Todo ello ha generado un aumento de la demanda de TRA, siendo España una de las principales potencia europeas en reproducción asistida y uno de los países más avanzados en cuanto a sus leyes se refiere (ADECES, 2015). A nivel público en España, en la Seguridad Social, la edad máxima para el acceso a IA es de

38 años, y 40 para FIV, con un límite de 4 intentos en IA y 3 en FIV (ADECES, 2015). El número total de ciclos de IA del año 2013, según el informe de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF, 2013), fue 29.550, 22.025 de IAC (con semen del cónyuge). Las gestaciones por ciclo según la edad fueron del 12,7% para mujeres menores de 40 años.

Algunas intervenciones psicológicas que han resultado beneficiosas son las de Florin, Tuschen-Caffier, Kause y Pook (2002) que se dirige a mejorar el funcionamiento y la satisfacción sexual; la Terapia Cognitivo-Conductual Marital (Myers y Wark, 1996); el Programa Mente-Cuerpo para la Infertilidad (Domar y Dreher, 1996) y el Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset, Ávila et al., 2007), en el que se ha basado en gran parte este trabajo.

Este proyecto va dirigido a parejas que acuden por primera vez a una unidad, cuando mayores son la expectativas y la incertidumbre; de una zona rural; que han recibido el diagnóstico de infertilidad primaria, que conllevan mayor riesgo de alteraciones emocionales (Moreno-Rosset, 2010); con una causa de origen femenino o desconocido y que cumplen las características para llevar a cabo una IAC. Las sesiones se centran en mayor medida en la mujer, ya que muestran los mayores desajuste psicológicos (Moreno-Rosset, 2010).

Objetivos

Según todo lo explicado en el apartado de introducción, el objetivo principal de esta intervención es prevenir los desajustes psicológicos asociados a la infertilidad, en especial en la mujer, guiando a la pareja en el proceso de duelo y de toma de decisiones. Los objetivos secundarios de esta intervención son:

- Manejo de la ansiedad y depresión asociada al diagnóstico y tratamiento.
- Guiar en el proceso de clarificación de valores y aceptación del diagnóstico.
- Psicoeducación sobre la enfermedad y las alternativas y acompañamiento en el proceso de toma de decisiones.
- Apoyo psicológico durante el posible tratamiento de IA.
- Aumento de la autoestima
- Manejo de las emociones negativas y distorsiones cognitivas y promoción de la expresión emocional.
- Mejora de la comunicación y la vida sexual de la pareja.
- Disminución de los estereotipos de género
- Promoción de hábitos saludables, actividades de ocio y búsqueda de apoyo social.

- Acompañamiento y psicoeducación en los primeros años del niño.

Destinatarios

Este programa va dirigido a 30 parejas infértiles heterosexuales de entre 28 a 38 años (hasta los 38 años cubre la Seguridad Social la realización de IA), de nacionalidad española, que acuden por primera vez a una unidad de reproducción asistida, con un mayor énfasis en la mujer. Está orientado a parejas diagnosticadas de infertilidad o esterilidad primaria, con un diagnóstico de origen femenino o causas desconocidas, para las que se recomienda realizar una IAC en primer lugar. Al mismo tiempo, se ha decidido orientar la intervención a una zona rural debido a que, según los estudios, hay una mayor estigmatización de la pareja estéril y menores recursos para hacer frente a dicha enfermedad (Moreno-Rosset, 2010).

El programa presentado no sólo busca un impacto en éstos beneficiarios directos, sino que también espera un beneficio indirecto sobre los familiares y conocidos de éstas parejas. Asimismo, se dirige a nivel local y provincial a las parejas infértiles del resto de la provincia en la que se aplique, buscando mejorar su calidad de vida y un reparto más equitativo de los recursos sanitarios, focalizándose en el desarrollo de las zonas rurales. Al mismo tiempo, se espera un impacto positivo a nivel autonómico, ya que si los resultados del programa mostrarán su eficacia, podría extrapolarse a otras Unidades de Reproducción de la comunidad de aplicación y del resto de España. El resultado sería un beneficio para toda la sociedad, con una mayor prevención y una reducción de la prevalencia de desajustes emocionales en esta población.

Localización

El programa está orientado para ser aplicado desde la Unidad de Ginecología y Obstetricia y la Unidad Preconcepcional de cualquier hospital público. En un principio, se acomoda a una población rural, pero podría ser aplicado en cualquier zona del territorio español. Para llevar a cabo el programa, se pedirá colaboración al servicio de Psiquiatría del Hospital, para conseguir un tratamiento multidisciplinar. La intervención se llevará a cabo en las consultas de Psiquiatría y en un aula mayor, habilitada por el hospital, para las sesiones grupales.

Metodología

Participantes

Se tratan de 30 parejas heterosexuales y españolas de entre 28 y 38 años, diagnosticadas de infertilidad primaria, con un origen femenino o desconocido y unas características que permiten realizarles tratamientos de IAC desde un hospital público, en una zona rural.

Instrumentos

Para evaluar la eficacia del programa se van a estudiar diferentes dimensiones psicológicas con los siguientes cuestionarios, en tres momentos temporales (T1,2,3):

- Basándose en la *Entrevista Psicológica en Infertilidad y Reproducción Asistida* (EPSIRA; Moreno-Rosset, 2001), se presentará a la pareja una entrevista semiestructurada, que exploran aspectos específicos como el grado de estrés y los sentimientos percibidos, las estrategias de afrontamiento utilizadas... Además evalúa el proceso psicológico asociado a TRA (información diagnóstica, sentimientos frente al diagnóstico, toma de decisiones y el impacto de cada una de las fases). Finalmente, valora los límites de tiempo para tener un hijo, las expectativas, las alternativas y los valores de la pareja.

- *Autorregistros*: Utilizados a lo largo de las sesiones y con diferentes contenidos según lo tratado en éstas. Se pueden observar en los anexos que contienen las sesiones, parte de ellos obtenidos de los Materiales de Aplicación Múltiple en Infertilidad (MAMI; Moreno-Rosset, Antequera et al., 2007).

- *Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad* (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008). Consta de 48 elementos evaluados en una escala del 1 al 5, que exploran 4 factores: el desajuste emocional compuesto por “percepción de ansiedad”, “exteriorización de la ansiedad”, “depresión” y “pesimismo”; los recursos personales compuesto por “optimismo”, “percepción de control”, “tesón”, “apertura a la experiencia” y “energía”; recursos interpersonales compuesto por “apoyo de amigos”, “apoyo de la familia”, “sexualidad de la pareja y “afabilidad” y los recursos adaptativos, que agrupa los recursos personales e interpersonales.

- *El Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad* (IPPI; Llavona y Mora, 2006). Es un autoinforme de 14 ítems, con respuesta tipo Likert de 0 a 10 puntos. Evalúa la preocupación por la infertilidad y por la salud, la interferencia en el trabajo, en la pareja, en la sexualidad, en la familia, en la relación social, en el ocio, la percepción de descontrol o de no estar completo y los estados de ánimo deprimido, ansioso e irritado.

- *Escala de Alexitimia de Toronto* (TAS-20; Adaptación española de Martínez-Sánchez, 1996). Se trata de un autoinforme de 20 ítems acompañados de una escala Likert de 1 a 5 puntos, que evalúa tres factores: la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional, la dificultad para describir sentimientos y el patrón de pensamientos orientado a lo externo.

- *Escala de Ajuste Diádico* (DAS; Versión española de Bornstein y Bornstein, 1988). Consiste en un autoinforme de 32 ítems: 15 dedicados al grado de acuerdo/desacuerdo en diferentes áreas, 7 a la posibilidad de ruptura o divorcio y el resto referidos a la comunicación, intimidad, expresiones de afecto, satisfacción global y expectativas respecto al futuro.

- *Cuestionario de 90 síntomas* (SCL-90-R; Derogatis, 2002). Explora, mediante 90 ítems, los síntomas y la intensidad de un amplio rango de problemas psicológicos a través de una escala de cinco punto (0-4). Está compuesto por nueve escalas referidas a dimensiones sintomáticas primarias (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad...), tres índices globales y un nivel de síntomas discretos.

Procedimiento

Se seleccionará a las parejas con el diagnóstico y las características requeridas y se les ofrecerá participar solicitando el consentimiento informado. Conseguida la aceptación de 30 parejas, se formaran dos grupos aleatorios; un grupo control con 15 parejas, que recibirá atención básica, y un grupo experimental con 15 parejas, en el que se aplicará el programa presentado. Al principio del programa, se pasará la batería de cuestionarios a ambos grupos (T1). Además a lo largo de las sesiones se les administrarán varios autorregistros según los contenidos de éstas. El programa está conformado por dos fases, una intervención o atención básica de seis meses antes de la decisión de realizar una TRA (Fase 1) y otra de aproximadamente otros seis meses durante y después de la aplicación de TRA (uno o varios ciclos) (Fase 2). De este modo, los dos grupos a lo largo del proceso se dividirán en otros dos:

- Grupo control
 - GC1: Parejas del grupo control que no optan por TRA y tan sólo reciben atención básica durante los primeros seis meses (Fase 1).
 - GC2: Parejas del grupo control que optan por TRA y reciben atención básica durante el año aproximado que dura todo el proceso, es decir, reciben Fase 1 y 2.
- Grupo experimental
 - GE1: Parejas del grupo experimental, que se benefician del programa de atención psicológica especializada durante los seis primeros meses (Fase 1), tras los cuales no optan por TRA.

- GE2: Parejas del grupo experimental, que se benefician del programa de atención psicológica especializada durante aproximadamente año (Fase 1 y 2), debido a que han decidido optar por un TRA.

Los cuestionarios se volverán a administrar a los seis meses a aquellas parejas que no vayan a realizar una TRA, tanto a GC1 como a GE1 (T2), y después de un año y medio (T3; desde el inicio del programa) a aquellas parejas que si hayan optado por ésta (GC2 y GE2). Se incluirán en el estudio aquellas parejas que lleguen al final de la Fase 1 y las que hayan recibido al menos un año de apoyo psicológico desde el inicio del tratamiento (Fase 1 y 2), es decir, a aquellas aún estén realizando una TRA y las que hayan recibido apoyo durante un año pero hayan decidido abandonar el tratamiento médico y optar por una vida sin hijos, y a aquellas que hayan acabado las sesiones de escuela de padres. Finalmente, se realizará un estudio pre-post para evaluar la eficacia del programa en ambas fases. Se compararan las diferentes puntuaciones de los cuestionarios de los grupos GC1 y GE1 en T2 y el cambio producido en el grupo experimental en T2 con respecto a la evaluación previa (T1). Asimismo, se evaluará la situación de GC2 y el GE2 en T3 (un año y medio después) tanto a nivel psicológico (mediante la batería de cuestionarios) como en el tratamiento médico, y los cambios producidos en GE2 con respecto a T1. De este modo, se evaluará de manera independiente la eficacia de ambas fases del tratamiento.

Sesiones

El programa de intervención propuesto estará compuesto por 25 sesiones antes de TRA, 12 (26-37) durante TRA, varias de acompañamiento en el caso de fallar la técnica médica y 4 de escuela de padres. Su formato será individual, en pareja y grupal. Se intercalarán sesiones semanales y mensuales de diferente duración. El programa del grupo experimental se llevará a cabo de forma paralela a las sesiones del grupo control. Tendrá una duración aproximada de 1 año. En Anexo 1 se puede observar el contenido de las sesiones y en Anexo 2, el calendario aproximado de éstas.

Sesión 1. Presentación y primeras emociones (sesión en pareja)

Objetivos: Recabar información sobre la pareja, ayudar a expresar y normalizar sentimientos y conocer el impacto del diagnóstico, mediante la entrevista EPSIRA (Anexo 3). Tras ello, se cumplimentaran los cuestionarios y se explicará el programa.

Sesión 2. Clarificación de valores y autoestima (sesión individual)

Objetivos: Ayudar a clarificar los principales valores que rigen la vida de la mujer (“Clarificación de valores”; Anexo 4), y en especial la importancia de ser madre para ésta, y

promover un autoconcepto multidimensional y una autoestima positiva y realista (“Autoconcepto y autoestima”; Anexo 4). Se realizará una última reflexión sobre la influencia de los demás y de la infertilidad sobre la autoestima y se le entregará una hoja resumen para que le explique los conceptos a su marido en casa y poder trabajar con ellos en la sesión conjunta.

Sesión 3. Emociones e inteligencia emocional (sesión individual)

Objetivos: Practicar en la expresión e identificación de emociones y promover emociones positivas, mediante las explicaciones y ejercicios de Anexo 5. Al finalizar la sesión se le entregará a la mujer una hoja resumen para que se comente lo trabajado en casa.

Sesiones 4 y 5. Gestión de síntomas de ansiedad (sesiones individuales)

Objetivos: Promover un locus de control externo y reducir la sensación de culpabilidad (“Causas de la infertilidad”; Anexo 6); y gestionar las emociones de cólera y la ansiedad mediante la práctica de técnicas de relajación (Anexo 6 y Anexo 7). En la Sesión 4, se explicará la segunda fase emocional, la fase de cólera y enfado una vez aceptada la pérdida de la fertilidad. Al finalizar ambas sesiones se le entregará a la mujer una hoja resumen para que explique los ejercicios a su marido y los intenten hacer juntos, comentando las dudas en la siguiente sesión en pareja.

Sesión 6. Valores, autoestima y duelo (sesión en pareja)

Objetivos: Mediante las actividades de Anexo 8 se pretenderá: fomentar una expresión y clarificación conjunta de valores, una autoestima positiva y realista e iniciar el proceso de duelo, explicándolo y realizando las actividades finales del anexo.

Sesiones 7, 8, 9 y 10. Técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva (sesiones individuales) y de expresión (sesión en pareja)

Objetivos: Promover y enseñar diferentes técnicas de afrontamiento, ayudar a gestionar la ansiedad mediante ejercicios de prevención de respuestas (Anexo 9), observar el efecto de nuestros pensamientos sobre nuestro comportamiento y aprender a identificar distorsiones cognitivas (Anexo 10) y enseñar manera de enfrentarse a ellas (Anexo 11). En la sesión 10 (Anexo 12), se ejercitará la expresión de emociones; se estudiará la estructura, la historia de la pareja y los cambios que consideran necesarios mediante “esculturas de pareja” y se practicará con las técnicas de afrontamiento y reestructuración cognitiva.

Sesión 11, 12 y 13. Estereotipos de género, apoyo social y sexualidad en la mujer (Sesiones individuales)

Objetivos: Aumentar el conocimiento sobre los estereotipos de género y el sexismo, potenciar una visión menos sesgada del hombre y la mujer (Anexo 13); expandir y

diversificar la red de apoyo social (Anexo 14) y derribar mitos sexuales en la mujer, aumentar su deseo sexual y potenciar un papel más activo de ésta en los encuentros íntimos (Anexo 15).

Sesión 14. Estereotipos, valores tradicionales y vida sexual en pareja (sesión en pareja)

Objetivos: Reflexión sobre estereotipos de género y promoción de una visión menos sesgada; reconocimiento de la diversidad de los tipos de familia, discusión sobre sus cambios y sobre la infertilidad a lo largo de la historia; debate sobre la sexualidad (sus funciones, la vivencia según diferentes generaciones, la influencia de la sociedad y de los medios de comunicación...) y las fases del orgasmo en ambos y mejora de la vida sexual de la pareja, mediante las actividades de Anexo 16. Asimismo, se indagará sobre la fase del orgasmo en la que se encuentran dificultades, para proporcionar consejos personalizados.

Sesiones 15 y 16. Hábitos de sueño y apetito; ocio y ejercicio (sesiones individuales)

Objetivos: Promoción de hábitos de sueño, apetito y deporte saludables, favoreciendo también la fertilidad de la pareja y búsqueda de actividades de ocio para promover un autoconcepto multidimensional y distraer de las posibles obsesiones de la pareja alrededor de la paternidad. Un experto en la materia explicará los beneficios de la dieta mediterránea, diferentes alimentos afrodisíacos y elaborará una dieta saludable para la mujer. Al mismo tiempo, se explicarán los ritmos circadianos y se darán consejos para favorecer el descanso (Anexo 17). Se comentarán los beneficios del ejercicio y se le motivará para realizar diferentes actividades. Además, se promoverá la reflexión sobre actividades para hacer de manera individual y conjunta y la búsqueda de las posibilidades que le ofrece la zona residencial en concreto. Se tomará un calendario y se programaran los días y las horas en las que se llevaran a cabo.

Sesiones 17 y 18. Cohesión y comunicación (sesiones en pareja)

Objetivos: Mejorar la cohesión de la pareja, promover una comunicación fluida, dando consejos para expresarse de manera asertiva y enfrentarse a discusiones mediante los ejercicios y consejos de Anexo 18 y 19.

Sesiones 19 y 20. Orientación laboral (sesiones individuales)

Objetivos: Instruir a la mujer en estrategias de búsqueda de empleo y habilidades para enfrentarse a una entrevista de trabajo, con el fin de fomentar un autoconcepto más allá de su yo como madre y su sentido de autoeficacia (Anexo 20).

Sesiones de la 21 a la 25. Toma de decisiones y duelo (Sesiones en pareja)

Objetivo: Reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones; guiar en la toma de decisiones de cuestiones de la vida cotidiana (Anexo 21), y concretamente aquellas relacionadas con el futuro de la pareja infértil ofreciendo información sobre la IA (Anexo 22)

y la adopción; y acompañamiento en el proceso de duelo (Anexo 23). En la sesión 25, serán guiados para tomar una decisión valorando: el deseo de ambos, el motivo, la situación económica, laboral y de vivienda y evaluando los pros y contras de las diferentes alternativas (vida sin hijos, TRA unidad pública o privada o adopción). Si decide terminar el proceso, se llevará a cabo la despedida y la 2ª fase de cumplimentación de cuestionarios (T2).

Sesiones de la 26 a la 33. Mindfulness (sesiones grupales)

Objetivo: Conseguir una mayor autorregulación emocional y una reducción del estrés físico y psicológico, aumentando la apertura, el conocimiento y la aceptación de las experiencias externas e internas, centrándose en el momento presente. Basándose en el trabajo de Shapiro, Astin, Bishop y Cordova (2005) sobre MBSR (*Mindfulness-based stress reduction*) se planificarán 8 sesiones, en las que se practicará: *sitting meditation*, *body scan*, *hatha yoga*, ejercicios de tres minutos centrados en la respiración y *loving kindness*. Además deberá de realizar prácticas en casa de 15 a 45 minutos, 6 días por semana, mientras duran las sesiones de mindfulness. Si la pareja inicia la IA antes de acabar estas sesiones, se les entregarán instrucciones para poder realizarlas en casa.

Sesiones 34, 35 y 36. Acompañamiento durante TRA (sesiones en pareja)

Objetivos: Asesoramiento en las diferentes fases de IA (Anexo 24); gestión de las alteraciones en las principales áreas alteradas (Anexo 25) y reducción del impacto del resultado, ayudando a la pareja a centrarse en los cambios positivos que se ha producido en su vida, independientemente de la posible concepción.

Sesión 37. Resultados y toma de decisiones (sesión en pareja)

Objetivos: Acompañar y guiar una vez se conoce el resultado y favorecer la expresión de emociones. Si el resultado es negativo, además se buscará enfrentarse a las distorsiones cognitivas y al nuevo proceso de duelo, favorecer la adaptación momentánea a un entorno sin hijos e iniciar de nuevo el proceso de toma de decisiones (Anexo 26). Si es positivo, las parejas pasarán a las sesiones de escuela de padres.

Sesiones 38, 39 y 40. Intervención en las áreas alteradas tras el fracaso de la IA (sesiones en pareja)

Objetivos: Gestionar las alteraciones que se han podido producir en diferentes áreas tras el fracaso en la primera IA y acompañamiento de nuevo en la IA. En la Sesión 38, se comentará la decisión de la pareja, si optan por no volverlo a intentarlo se llevará a cabo la despedida. Si deciden volver a realizar una IA, se procederá a la realización de las actividades de Anexo 27. A partir de la sesión 41, se llevará a cabo al acompañamiento durante la TRA. El apoyo

psicológico estará presente en todos los ciclos que realice la pareja. Cuando se obtenga el éxito, se pasará al grupo de escuela de padres.

Sesiones 1, 2, 3 y 4. Escuela de padres (sesiones grupales)

Objetivos: Ofrecer información y asesoramiento sobre las fases de embarazo, parto y la educación y desarrollo del niño en sus primeros años de vida. En la Sesión 1, se les explicarán las distintas etapas del embarazo y el desarrollo del feto. En la Sesión 2, se hablará de las fases del parto, la fase de puerperio, la depresión post-parto, el desarrollo del recién nacido y se ofrecerán consejos sobre estimulación temprana (como enseñarle a gatear, a andar...). En la Sesión 3, se comentarán los principales hitos del desarrollo del niño hasta los 6 años, los tipos de apego y los estilos parentales y se presentarán los ejercicios y consejos de Anexo 28. En la última sesión, se llevará a cabo la despedida y la cumplimentación del cuestionario de satisfacción (Anexo 29), y al año y medio (desde el inicio del programa), de nuevo la de los iniciales (T3), tanto para aquellos que hayan llegado a estas sesiones, como los que hayan recibido al menos un año de apoyo psicológico.

Recursos

Los recursos necesarios para implementar el programa serán; dentro de los humanos, un terapeuta, un coterapeuta y un experto en nutrición y los siguientes recursos materiales: instalaciones y mobiliario (una consulta, un aula grande dentro de la Unidad, mesas y sillas), material informático (ordenador, proyector, pantalla para el proyector, usb, impresora, un cassette y cds con música) y material fungible (bolígrafos, folios, posits de colores, fotos, fichas resumen y registros, pegatinas de colores, sobres y dados).

Procesos de evaluación

La evaluación del programa tiene como propósito observar el cumplimiento de los objetivos propuestos, mejorar el programa, tomar decisiones y aumentar el conocimiento básico del fenómeno de la infertilidad. Para ello se van a llevar a cabo dos tipos de evaluación; según el momento temporal y según la procedencia de los evaluadores. Según la procedencia de éstos, se ejecutará una evaluación mixta, formada por evaluadores internos (evaluación antes, durante y después), como el terapeuta que lleva a cabo el programa, y externos (evaluación de la eficacia y la eficiencia económica), por parte de otros profesionales de la medicina de la Reproducción. La evaluación en función del momento temporal seguirá las siguientes fases:

- Antes: para la evaluación del estudio, diseño, planificación y metodología, se contactará con diferentes profesionales relacionados con el ámbito de aplicación, que estudiarán la propuesta y plantearán mejoras, ofreciendo información y evidencias al respecto.

- Durante: evaluación de la implementación del programa, así como la cumplimentación de objetivos y el desempeño por parte de los participantes. El profesional tendrá en cuenta las opiniones de los participantes y observará su respuesta a la intervención y valorará la necesidad de modificar alguna de las sesiones.

- Después: Se realizará una evaluación de la eficacia, eficiencia y satisfacción con el programa. La evaluación de la eficacia del programa se realizará mediante el estudio pre-post. El programa será eficaz si se obtienen mejores resultados en los cuestionarios en el grupo experimental (GE1 y GE2) en comparación con el grupo control (GC1 y GC2) y en T2 y T3 con los datos previos al programa (T1), así como más éxito en la gestación en T3 en GE2. Además también resultará eficaz si el ajuste psicológico de los miembros de GE2 son similares independientemente de la presencia de concepción. La eficiencia económica será evaluada por evaluadores externos. Por último, la satisfacción será evaluada por los miembros que ponen en marcha el proyecto, mediante el cuestionario de satisfacción.

Resultados esperados

En la primera evaluación (T1) se espera que las mujeres de ambos grupos muestren altos niveles de depresión, ansiedad, pesimismo, escasos recursos personales e interpersonales, altos niveles de alexitimia, baja satisfacción con la relación de pareja, dificultades en la comunicación... Este desajuste psicológico se mostrará en menor medida en el hombre. El impacto será mayor al inicio del programa, debido a la comunicación del diagnóstico, y en la fase de resultados del tratamiento. A lo largo del proceso, se esperan observar emociones contradictorias, cambiantes y distorsiones cognitivas catastrofistas.

Con esta intervención, si es eficaz, se espera encontrar en el grupo experimental, tanto durante la asunción de infertilidad (T2) como en el tratamiento de IA (T3), una reducción de las variables antes nombradas, como ansiedad, depresión... con respecto al grupo control y a sus puntuaciones iniciales (T1). Las parejas del GE, aprenderán a manejar sus emociones y distorsiones cognitivas. También conseguirán aceptar la situación y tomar sus propias, decisiones. Se espera también, que aumenten sus recursos personales, ampliando su red de apoyo social, y sus recursos sociales. Del mismo modo, se espera potenciar la autoestima, la

formación de un autoconcepto multidimensional en la mujer, la ruptura de los estereotipos de género y la promoción de hábitos saludables, actividades de ocio... que permitan a la mujer de esta zona rural poder enfrentarse ante una posible vida sin hijos. Así, se prevendrán posibles alteraciones psicológicas y se favorecerá la transición en la fase de duelo, tanto ante el diagnóstico, como ante los posibles fallos de TRA.

También se espera mejorar la comunicación y la vida sexual de la pareja. Asimismo, se reducirán sus miedos e incertidumbres relativos a la educación de sus hijos. Al mismo tiempo, se buscará aumentar el éxito del tratamiento médico. Por último, también se espera que en el GE2 exista un ajuste psicológico similar entre aquellas mujeres que han conseguido el embarazo y las que no. Además en el grupo control también se pretenden ciertas mejoras, al realizar actividades generales de expresión de emociones y relajación.

Conclusiones

La situación económica actual ha generado que las parejas aplacen el momento de la paternidad hasta conseguir cierta estabilidad, lo que ha llevado a un aumento de la edad media del primer hijo. Junto con este factor y otros, como las contaminaciones medioambientales, el estrés, la mala alimentación, la obesidad, el consumo de alcohol... han provocado un aumento de la infertilidad según el informe de ADECES (2015). Además en la actualidad las mayores oportunidades laborales de la mujer y las largas jornadas también aumentan el estrés de la pareja y disminuye su interés en la búsqueda del placer sexual. Todo ello ha provocado un aumento de la demanda de TRA y ha colocado a España en un gran potencia europea en medicina reproductiva y uno de los países con las leyes más avanzadas (ADECES 2015). Sin embargo, a pesar de que la ley no impone un límite de edad para acceden a TRA, se ha establecido el techo de 50 años en la sanidad privada, y entre 38 (para IAC) y 40 (para FIV), en los centro públicos, lo que supone un incumplimiento de la ley y de los derechos universales, según los cuales todos somos libres para decidir sobre nuestra vida.

Las restricciones de edad y la gran demanda, está originando grandes listas de espera (ADECES, 2015) que provoca el aumento de la edad de las mujeres y, con ello, la menor probabilidad de que el tratamiento tenga éxito. Se debería de aplicar un TRA antes a las mujeres de mayor edad, puesto que su fertilidad se reduce drásticamente, pero sin embargo, se les ofrece más oportunidades a aquellas jóvenes en vista de una mayor rentabilidad económica (Moreno-Rosset, 2010). Por lo tanto, según el informe citado, las políticas públicas tienen una importante responsabilidad ante el incremento de la infertilidad y los cambios en la organización social. Para solucionar esta situación, la Sanidad Pública realiza

conciertos con la privada, pero no todas las parejas pueden pagar este coste (ADECES, 2015). En los últimos años han aumentado los centros dedicados a las TRA, sin embargo, la gran mayoría siguen siendo unidades privadas. Debería de ser la Administración, quien estableciera medidas al respecto, aumentando los recursos públicos. Las repercusiones del rápido envejecimiento y baja natalidad en nuestro país debería potenciar la concienciación.

Ante las evidencias empíricas que muestran el desajuste psicológico de estas parejas y los beneficios al respecto y para el tratamiento médico que puede ofrecer el apoyo psicológico (Moreno-Rosset, 2007), ha nacido la Psicología de la Reproducción. La figura del psicólogo ya se encuentran en muchas unidades privadas, pero, como asegura Moreno-Rosset (2010), todavía no se contempla oficialmente en el ámbito público. Además, es importante concienciar a la población sobre esta problemática, puesto que hay un menor apoyo de la sociedad en este tipo de duelo. El gran porcentaje de parejas que no consiguen quedarse embarazadas también debería motivar la consideración de apoyo psicológico para la asunción de una vida sin hijos, como en éste se propone. Igualmente, también existe un vacío en cuanto al apoyo que necesitan recibir las parejas tras el embarazo, considerándose también relevante, pues se tratan de padres primerizos.

La infertilidad es un problema que siempre ha existido, promoviendo culturalmente una desvalorización de la mujer infértil y la paternidad como un rol social inherente al ser humano (Moreno-Rosset, 2009a). Desde este programa, se pretende actuar a este nivel, mediante la disminución de los estereotipos de género y la concepción tradicional de la familia y el fomento de una sexualidad más allá de la concepción. De este modo, también se pretende disminuir la estigmatización de las parejas en los entornos rurales y reivindicar un reparto equitativo de los recursos, tanto médicos como sociales, ofreciéndoles a estas mujeres medios para afrontar el duelo de la infertilidad y una posible vida sin hijos.

Una de las principales limitaciones con las que cuenta es la necesidad de que sus sesiones sean más personalizadas, no obstante, cuenta con la ventaja de cubrir todas las fases y posibilidades y contar con un formato tanto individual como de pareja. Por todo ello, se remarca la importancia del apoyo psicológico y la implementación de programas, con un fin tanto interventivo como preventivo. Mediante esta propuesta se pretende mejorar la calidad de vida de estas parejas y la adhesión al tratamiento, suponiendo también un menor coste para la Sanidad Pública. Se pretende, si fuera eficaz, impulsar la elaboración de otros similares en el ámbito público en general.

Bibliografía

- Arnott, I. (2008). Causas femeninas de esterilidad. En R. Matorras, J. Hernández y D. Molero (Eds.), *Tratado de Reproducción Humana para enfermería* (pp. 95-97). Madrid: Ediciones Médica Panamericana.
- Asociación Pro Derechos Civiles, Económicos y Sociales (2015). *España 2015 Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social*. Recuperado el 5 de julio de 2016, de http://www.adeces.org/wp-content/uploads/2015/05/Infertilidad_TRA.pdf
- Bermúdez J., Pérez, A.M. y Sanjuán, P. (2003). El proceso adaptativo. En J. Bermúdez, A.M. Pérez y P. Sanjuán (Eds.), *Psicología de la personalidad: Teoría e Investigación* (Vol.1, pp. 343- 387). Madrid: UNED.
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Editorial Herder.
- Cooper, B.C. (2007). Perceived infertility-related stress correlates with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 88(3), 714-717.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Domar, A.D. y Dreher, H. (1996). *Healing Mind, Healthy Woman. Using Mind-Body Connection to Manage Stress and Take Control of Your Life*. New York: A Delta Book.
- Espina, A. (1997). El uso de la escultura en la terapia de pareja. *Revista de Psicoterapia*, 7(28), 29-44.
- Fernández-Abascal, E.G. (2003). Procesamiento emocional. En E.G. Fernández-Abascal, M.P. Jiménez y M.D. Martín Díaz (Eds.), *Emoción y Motivación. La adaptación humana* (Vol. 2, pp. 47- 93). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Florin, I., Tuschen-Caffier, B., Krause, W. y Pook, M. (2002). Psychological Therapy in Idiopathic Infertile: A Stress Reduction Approach. En B. Strauss (Ed.), *Involuntary Childlessness. Psychological assessment, counseling and psychotherapy* (pp. 63-78). USA: Hogrefe and Huber Publishers.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (2006). *Boletín Oficial del Estado*, 126, 19947-19956.

- Lintsen, A. M. E., Verhaak, C.M., Eijkemans, M. J. C., Smeenk, J. M. J. y Braat, D. D. M. (2009). Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Human Reproduction*, 1(1), 1-7.
- Llavona, L. y Mora, R. (2006). *Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación Española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Miltenberger, R. (2013). *Modificación de Conducta. Principios y procedimientos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ministerio de Educación (s.f.) *Prevención de drogodependencias en el ámbito familiar*. Aula mentor.
- Moreno-Rosset, C. (2001). *Entrevista Psicológica en Infertilidad y Reproducción Asistida (EPSIRA)*. Madrid: UNED.
- Moreno-Rosset, C. (2007). *Memoria Final del Proyecto I+D+I La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 28/03.
- Moreno-Rosset, C. (2010). *Infertilidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Moreno-Rosset, C. (Coord.) (2009a). *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. (Coord) (2009b). *La infertilidad ¿Por qué a mí? Un problema o un reto en pareja*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C., Ávila, A., Gómez, Y. y De Castro, F.J. (2007). *MAMI. Materiales de Aplicación Múltiple en Infertilidad. Entrevistas psicológicas, autorregistros y otros materiales*.
- Moreno-Rosset, C., Ávila, A., Antequera, R., Jenaro, C., de Castro, F.J. y Gómez, Y. (2007). *PAPI. Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad*
- Myers, L.B. y Wark, L. (1996). Psychotherapy for infertility: A cognitive behavioral approach for couples. *American Journal of Family Therapy*, 24, 9-20.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores*

- personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Read, J. (1995). *Counselling for Fertility Problems*. London: Sage Publications.
- Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S. y Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Sociedad Española de Fertilidad (2013). *Registro de la Sociedad Española de Fertilidad: Técnicas de reproducción asistida. Año 2013*. Recuperado el 1 de septiembre de 2016, de https://www.registrosef.com/public/docs/sef2013_IAFIV.pdf
- Syme, G. (1997). Facing the unacceptable: the emotional response to infertility. *Human Reproduction*, 2, 183-187.
- Van der Hart, O. (1983). *Rituals in psychotherapy: transition and continuity*. Nueva York: Irvington.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W. y Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human reproduction update*, 13(1), 27-36.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Eugster, A., Van Minnen, A., Kremer, J. A. M. y Kraaimaat, F. W. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 76(3), 525-531.
- Wang, K., Li, J., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J. y Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in china. *Fertility and sterility*, 87(4), 792-798.

Anexos

Anexo 1. Contenidos de las sesiones

Sesión	Tema	Actividades
1º	Presentación y primeras emociones	Entrevista EPSIRA (Anexo 3) y cuestionarios
2º	Clarificación de valores y autoestima	“Clarificación de valores”, “Autoconcepto y autoestima”(Anexo 4)
3º	Emociones e inteligencia emocional	¿Qué son las emociones y la inteligencia emocional?, “¿Qué emociones crees que se representan?” “Identificando emociones propias” (Anexo 5)
4º		“Causas de la infertilidad”, “Respiración diafragmática”, “Práctica en casa” (Anexo 6)
5º	Gestión de síntomas de ansiedad	Relajación progresiva, técnica de imaginación y relajación breve (Anexo 7)
6º	Valores, autoestima y duelo	Clarificación conjunta de valores, “Trabajar con el autoconcepto y la autoestima”, “El duelo. Primera fase” (Anexo 8)
7º		“Tipos de técnicas de afrontamiento”, “Prevención de respuestas” (Anexo 9)
8º		Distorsiones cognitivas (Anexo 10)
9º	Técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva y de expresión	“Tipos de estrategias de reestructuración cognitiva”, “Registro de distorsiones cognitivas” (Anexo 11)
10º		“Repaso: distorsiones y técnicas de afrontamiento”, “Esculturas de pareja” (Anexo 12)
11º	Estereotipos de género	“Creación de estereotipo y variación a lo largo del tiempo”, “El sexismo” (Anexo 13)
12º	Apoyo social	“Calendario social”, “¿Contar la situación?” (Anexo 14)
13º	Sexualidad en la mujer	“Creencias sexuales”, “Diario de pensamientos eróticos”, “Baño sensual” (Anexo 15)
14º	Estereotipos, valores tradicionales y vida sexual en pareja	“¿Hombres vs Mujeres”, “Valores familiares e infertilidad”, sexualidad y fases del orgasmo, “Vida sexual en pareja” (Anexo 16)
15º	Hábitos de sueño y	Dieta mediterránea, ritmos circadianos, “Consejos para

	apetito	mejorar el descanso” (Anexo 17)
16°	Ocio y ejercicio	Ocio individual y compartido, ejercicio físico
17°	Cohesión y comunicación	Comunicación en pareja, “Tiempo fuera” “Rol-playing” (Anexo 18)
18°		Tipos de comunicación, técnicas asertivas y rol-playing (Anexo 19)
19° 20°	Orientación laboral	Currículum y carta de presentación, “Cómo enfrentarse a una entrevista de trabajo”... (Anexo 20)
21- 25°	Toma de decisiones y duelo	Toma de decisiones y rol-playing (Anexo 21) Técnicas de reproducción asistida: La IA (Anexo 22) “Acompañamiento en la fase de duelo: Finalización” (Anexo 23)
		Toma de decisiones sobre TRA y cuestionarios.
26-33°	Mindfulness	“ <i>Sitting meditation</i> ”, “ <i>body scan</i> ”, “ <i>hatha yoga</i> ”, “ <i>loving kindness</i> ”
34-36°	Acompañamiento durante TRA	Acompañamiento y consejos durante las fases de IA (Anexo 24), gestión de las alteraciones durante la IA (Anexo 25)
37°	Resultados y toma de decisiones	Afrontar el fracaso: “distorsiones cognitivas”, “duelo” “nueva clarificación de valores y toma de decisiones” (Anexo 26)
38-40°	Intervención en las áreas alteradas tras el fracaso de la IA	“Emociones durante TRA”, “Autoestima tras el fracaso de TRA”, “Cohesión y comunicación en la pareja” ... (Anexo 27)
41°-...	Acompañamiento durante TRA	Similar a las sesiones 34,35 y 36.
1°	Escuela de padres	Etapas del embarazo y el desarrollo del feto
2°		Fases del parto, fase de puerperio, depresión post-parto, desarrollo del recién nacido, estimulación temprana
3°		Desarrollo hasta los 6 años, tipos de apego y estilos parentales, consejos para establecer normas y para comunicarse (Anexo 28)
4°		Despedida, cumplimentación tests y del cuestionario de satisfacción del programa (Anexo 29)

Anexo 2. Calendario de las sesiones

Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Enero	1° Sesión: Pareja	Martes 3	A partir de	2 horas
	2° Sesión: Individual	Martes 10	las 18.00h	1,5 horas
	3° Sesión: Individual	Martes 17		1,5 horas
	4° Sesión: Individual	Martes 24		1,5 horas
	5° Sesión: Individual	Martes 31		1,5 horas
Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Febrero	6° Sesión: Pareja	Martes 7	A partir de	2 horas
	7° Sesión: Individual	Martes 14	las 18.00h	1,5 horas
	8° Sesión: Individual	Martes 21		1,5 horas
	9° Sesión: Individual	Martes 28		1,5 horas
Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Marzo	10° Sesión: Pareja	Martes 7	A partir de	2 horas
	11° Sesión: Individual	Martes 14	las 18.00h	2 horas
	12° Sesión: Individual	Martes 21		1,5 horas
	13° Sesión: Individual	Martes 28		1,5 horas
Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Abril	14° Sesión: Pareja	Martes 4	A partir de	2,5 horas
	15° Sesión: Individual	Martes 11	las 18.00h	1,5 horas
	16° Sesión: Individual	Martes 18		1,5 horas
	17° Sesión: Pareja	Martes 25		2 horas
Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Mayo	18° Sesión: Pareja	Martes 2	A partir de	1,5 horas
	19° Sesión: Individual	Martes 9	las 18.00h	1,5 horas
	20° Sesión: Individual	Martes 16		1,5 horas
	21° Sesión: Pareja	Martes 23		1,5 horas
	22° Sesión: Pareja	Martes 30		1,5 horas
Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Junio	23° Sesión: Pareja	Martes 6	A partir de	1,5 horas
	24° Sesión: Pareja	Martes 13	las 18.00h	1,5 horas
	Descanso y toma de decisiones	Martes 20		
	25° Sesión: Pareja	Martes 27		1,5 horas

Si deciden realizar IA, aproximadamente hay unos 47 días de espera, se planifican dos meses de sesiones de Mindfulness, que pueden ser dejadas cuando la pareja comience el tratamiento, pudiendo realizarlas en casa en pareja con unas instrucciones.

Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Julio	26° Sesión: Grupal	Martes 4	A partir de	2 horas
	27° Sesión: Grupal	Martes 11	las 18.00h	2 horas
	28° Sesión: Grupal	Martes 18		2 horas
	29° Sesión: Grupal	Martes 25		2 horas

Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Agosto	30° Sesión: Grupal	Martes 1	A partir de	2 horas
	31° Sesión: Grupal	Martes 8	las 18.00h	2 horas
	32° Sesión: Grupal	Martes 15		2 horas
	33° Sesión: Grupal	Martes 22		2 horas

El día 4, aproximadamente, se comenzará la prueba, el cuarto (o tercer día) de comienzo del ciclo menstrual. Comienza la estimulación ovárica, que dura sobre 10 a 14 días, teniendo que ir la pareja cada 2 o 3 a realizarse pruebas y ecografías. La estimulación ovárica duraría hasta aproximadamente el día 14. Ese mismo día se le administraría a la mujer GCH. Al día siguiente (sobre el día 15) se tomaría la muestra de semen del hombre y se realizaría IA.

Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Septiembre	34° Sesión: Pareja	Lunes 4	A partir de	1,5 horas
	35° Sesión: Pareja	Sobre el jueves 14	las 18.00h	1,5 horas
	36° Sesión: Pareja	Martes 26		1,5 horas

Hay que esperar sobre 12-15 días para saber los resultados. La pareja los sabría entre los días 30-2.

Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Octubre	37° Sesión: Pareja	Martes 3	A partir de	1,5 horas
		(resultados)	las 18.00h	
	38° Sesión: Pareja	Martes 17		1,5 horas

Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
Noviembre	39° Sesión: Pareja	Martes 7	A partir de	1,5 horas
	40° Sesión: Pareja	Martes 21	las 18.00h	1,5 horas

Sobre el lunes 4 volverán a empezar la IA:

Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
	41° Sesión: Pareja	Lunes 4	A partir de	1,5 horas
	42° Sesión: Pareja	Sobre el jueves 14	las 18.00h	
Diciembre	43° Sesión : Pareja	Martes 26		1,5 horas
	44° Sesión	Viernes 29 (resultados)		1,5 horas

Escuela de padres:

Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
	1° Sesión	Martes 9	A partir de	1,5 horas
Enero	2° Sesión	Martes 23	las 18.00h	1,5 horas

Mes	Sesión	Día	Hora	Duración
	3° Sesión	Martes 6	A partir de	1,5 horas
Febrero	4° Sesión	Martes 20	las 18.00h	1,5 horas

Anexo 3. Entrevista EPSIRA

Adaptación de la Entrevista Psicológica en Infertilidad y Reproducción Asistida (EPSIRA; Moreno-Rosset, 2001) relativa a la fase de diagnóstico. Las preguntas se han de contestar de manera individual por cada miembro de la pareja. Se han añadido algunas cuestiones que sería interesante abordar también en una entrevista de anamnesis.

Datos sociodemográficos:

- Edad
- Profesión
- Formación

Historial familiar y social

- Composición de la familia: padres, hermanos...
- Amigos en los que se suelen apoyar

Historial médico

- ¿Qué diagnóstico habéis recibido? ¿Cuándo lo habéis recibido?
- ¿Alguna otra enfermedad importante que no tenga relación con la infertilidad?

Historial psicológico

- Problemas psicológicos previos, consultas anteriores con un psicólogo, resultados...

Inicio del problema

- ¿En qué momento decidisteis intentar tener un hijo?
- ¿Cuánto tiempo lleváis intentándolo?
- ¿Qué sentisteis los primeros meses cuando no llegaba el niño?
- ¿Qué decidisteis hacer entonces?

Diagnóstico. *Para ayudarles a expresar sus emociones y pensamientos, así como normalizarlos y ayudarles a gestionarlos, en este momento de la entrevista se pasará a realizar el ejercicio:

“Emociones ante la entrega del diagnóstico. Primera fase: Negación y aislamiento”

(que contiene las preguntas que los autores originales)

- ¿Qué pruebas os aplicaron? ¿Cuál o cuáles fueron las más estresantes?
- ¿Qué sentís en este momento?
- ¿Qué pensáis?

Se les ayudará a identificar estas emociones y los pensamientos por medio de la siguiente tabla, ofreciéndole una a cada miembro de la pareja, y comparándolas luego para que el otro miembro conozca y comprenda mejor como se encuentra el otro:

Tabla 3.1. *Emociones y pensamientos tras la entrega del diagnóstico*

	Emociones	Pensamientos
Negativos		
Positivos		

El terapeuta informará que es normal que experimenten una serie de emociones contradictorias en esos momentos, ya que la entrega del diagnóstico es un acontecimiento vital estresante. Se les explicará que se trata de una pérdida de algo que existía en la mente de la pareja (Moreno-Rosset, 2010). Ante el diagnóstico de la infertilidad se suele producir una primera fase de shock, en la que se presenta una reacción de negación y aislamiento, caracterizada por manifestaciones como frustración, impotencia y tristeza (Moreno-Rosset, 2010) y se comparará con lo que expresa la pareja.

Se les seguirá realizando las preguntas pertinentes del cuestionario citado:

- ¿Quién lo lleva peor?
- ¿Cuándo le/la ves así qué sueles hacer?

Se le mostrarán diferentes estrategias de afrontamiento para que cada uno exponga cuál o cuáles, suele utilizar, poniendo ejemplos de ello: negación, aceptación, afrontamiento centrado en el problema, evitación, búsqueda de apoyo social, desconexión, reinterpretación positiva, afrontamiento basado en la emoción, humor, consumo de sustancias y religión.

- ¿Cuál ha sido el impacto del diagnóstico en una escala de tensión del 0 al 6?
- ¿A qué áreas de vuestra vida creéis que ha afectado? Para responder a esta pregunta se les pedirá que del 0 al 6, evalúen el grado de impacto en cada una de las siguientes áreas: autoestima, relación de pareja, relaciones familiares, trabajo, sueño, alimentación, ocio...
- ¿Habéis buscado otro tipo de ayuda o consejo sobre el problema de fertilidad? Si es así, ¿qué cosas os han ayudado y cuáles no?
- ¿A quién comunicasteis vuestro problema de fertilidad? ¿Cuál fue su reacción?
- ¿Qué creéis que os puede ayudar en este momento? (Tener más información sobre el problema, hablar más entre vosotros, con amigos o familiares, con un psicólogo, otras parejas...)

Anexo 4. Clarificación de valores y autoestima

“Clarificación de valores”

Siguiendo los principios de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), se le explicará que los objetivos son eventos deseables específicos que pueden conseguirse o no, si se llega hasta ellos se completan. Los valores son direcciones vitales generales, deseadas, elegidas libremente. Se tratan de la manera en la que nos gustaría ser y reaccionar en las diferentes facetas importantes de nuestra vida. Los valores como entidades abstractas, se materializan en metas y objetivos concretos (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006).

El terapeuta le pedirá a la mujer que dibuje un árbol con un gran tronco. De este tronco saldrán grandes ramas, cada una de ellas representará un área importante de su vida (la familia, la pareja, las amistades, la salud, el trabajo...). De estas grandes ramas saldrán varias más pequeñas, estas serán los objetivos y metas de cada uno de los ámbitos. Se le pedirá que primero especifique metas a largo plazo para que estas se descompongan finalmente en ramas más pequeñas que serán las metas a corto plazo. Para ayudarle con el árbol se le realizarán preguntas como:

- ¿Cuáles son las áreas más importantes de tu vida? ¿Qué te gustaría hacer con tu vida? ¿A qué la querrías dedicar?
- ¿Cómo quisieras verte en la faceta de familia, en la faceta de pareja, en la faceta de trabajo...?
- ¿Qué te gustaría verte haciendo dentro de diez años? ¿Y dentro de cinco? ¿Y dentro de uno?...

Se le pedirá que ponga números a estas áreas dibujadas según la importancia que tengan para ella, siendo el 1 el área más importante. Tras ello, se comentará el papel de la maternidad, examinando la presencia de tener un hijo en el árbol de la mujer:

- ¿Cuál es la importancia del área de la familia para ti?
- ¿Cómo de importante es tener un hijo para ti? ¿Por qué motivo quieres un hijo ahora?
- ¿Cómo quisieras verte como madre? ¿Cómo quisieras verte si no llegarás a ser madre?

A continuación, se le pedirá que tache del árbol todo aquello que tuviera que ver con la maternidad y se le pedirá que reflexione sobre las siguientes cuestiones:

- ¿En qué cambiarían las otras áreas si no se tuviera un hijo? ¿Te impediría conseguir las metas de éstas?

Se realizará una última reflexión, determinando cuáles son las otras áreas en las que le gustaría centrarse y se debatirá sobre cómo afectaría en otras áreas el ser y el no ser madre, remarcando que la maternidad es una rama más (que puede ser más o menos importante según la persona).

“Autoconcepto y autoestima”

“Tu autoconcepto”

El profesional preguntará a la mujer sobre su propia definición de autoconcepto y autoestima y a continuación pasará a explicar los términos. La autoestima se trata de un sentimiento de valía personal que nos permite confiar en nuestras capacidades, a la vez que aceptamos nuestras limitaciones. La autoimagen es la visión que tenemos de nosotros mismos, estrechamente relacionada con la autoestima. Se le pedirá que si tuviera que definirse a sí misma cómo lo haría, empleando en su definición todas las áreas importantes marcadas en el árbol, para promover un autoconcepto multidimensional que no se vea gravemente perjudicado por los déficits en una de las áreas (en este caso la paternidad).

“Cualidades positivas y negativas”

Este ejercicio se llevará a cabo para promover una visión realista de sí misma. Se le pedirá que comente al menos 10 cualidades positivas y 10 negativas y las apunte en un papel.

“¿Qué afecta a la autoestima?”

El objetivo de este ejercicio es valorar aquellas cuestiones que más afectan a la autoestima de la mujer, y en especial el impacto del diagnóstico recibido. Se le pedirá que señale del 1 al 10 el grado con el que se siente identificada con las siguientes frases y que subraye de roja las que le afectan negativamente y de verde las que le afectan positivamente. Al finalizar se realizará una reflexión sobre el ejercicio.

- Cuando tengo un objetivo, lucho hasta conseguirlo
- Creo que haré el ridículo si cometo un error delante de más gente
- Creo que me dedico tiempo a mí misma (salgo con mis amigos...)
- Me fijo más en las cosas malas que hago que en las buenas
- Cuando discuto con mi pareja y sé que tengo razón me mantengo en mi posición
- Me siento fundamental para mantener el correcto funcionamiento del hogar
- Antes de hacer determinadas tareas, pienso antes que las voy a hacer mal
- Me siento competente para conseguir cumplir un plan
- Considero que si no llego a ser madre es porque no lo merezco

- Aunque no llegue a tener un hijo sé hay muchas otras cosas que pueden guiar mi vida
- Soy incapaz de salir con amigos que tienen hijos ya que me recuerdan continuamente mi incapacidad
- Creo que podré llegar a ser una buena madre
- Me siento culpable por el diagnóstico de infertilidad
- Sé que las personas que me preguntan sobre cuándo tendremos el hijo no lo hacen con mala intención
- No me siento sexy

“Cuidad de logros”

La psicóloga, explicará que la siguiente actividad se empleará para reflexionar sobre los logros y cualidades positivas. A partir de la lista de las 10 cualidades positivas del ejercicio anterior, se le dejará tiempo para pensar en otras cualidades y en los logros importantes que haya conseguido en la vida. A continuación, se le dirá que dibuje en una hoja un mapa con calles, calles de diferente tamaño, unas más pequeñas y otras más grandes. Asimismo, tendrá que dibujar casas en las calles, unas pequeñas y otras grandes igualmente. En cada una de las calles escribirá uno de sus valores positivos, si el valor es muy importante lo colocará en una calle ancha, si no es muy importante en una pequeña. En las casas deberá de apuntar los logros, colocando los más importantes en las casas más grandes también.

Una vez que se acabe el dibujo, se reflexionará sobre la ciudad que se ha dibujado, remarcando la cantidad de cualidades y logros conseguidos por la mujer. Se le asegurará que, al igual que las ciudades crecen, a lo largo de su vida irá añadiendo más calles y más casas y que el conjunto de la ciudad conforma su autoestima. A las personas que le han ayudado a conseguir esas metas y construir la ciudad, se les debe premiar ofreciéndoles un hogar, dedicando sus logros y sus esfuerzos también que ellos consigan sus metas.

Anexo 5. Emociones e inteligencia emocional

Los profesionales empezarán explicando que las emociones son estados afectivos que se experimentan de forma rápida y breve, generados por estímulos externos o internos y acompañados por efectos cognitivos, fisiológicos y comportamentales. Se comentará que existen 6 primarias: la sorpresa, el asco, la alegría, el miedo, la ira y la tristeza (Fernández-Abascal, 2003). Al mismo tiempo, se explicará qué es la inteligencia emocional según Goleman (1995), la cual depende de varias habilidades, que se irán trabajando a lo largo de las sesiones (autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y destrezas sociales).

“¿Qué emociones crees que se representan?”

Con el objetivo de practicar en la identificación de emociones y promover la autoconciencia y la empatía, se le presentarán a la mujer diferentes imágenes y tendrá que indicar que emociones cree que representan y si se siente identificada con alguna de ellas:



“Identificando emociones propias”

Para una mayor comprensión de las emociones se le entregará a la mujer la siguiente lista de emociones: sorpresa, asco, alegría, miedo, ira, tristeza, culpa, celos, orgullo, amor, y tendrá que pensar en situaciones destacadas en las que haya vivido esa emoción y rellenar la siguiente información:

Emoción:

- Situación desencadenante:
- ¿Qué pensaste? ¿Qué sentimientos tuviste?
- ¿Qué cambios notaste en tu cuerpo (respiración, sudoración, temblores, energía, cansancio, latidos del corazón...)? ¿Cuál es la expresión facial? ¿Y la verbal, que dijiste?
- ¿Qué función crees que podría tener aquí esta emoción?
- ¿Qué hiciste entonces? ¿Cuál fue el resultado?

Durante el ejercicio se le irá comentando los posibles efectos cognitivos, fisiológicos y conductuales que suele elicitar cada emoción.

Anexo 6. Gestión de síntomas de ansiedad y locus de control

“Causas de la infertilidad”

El terapeuta preparará un listado de posibles causas para la esterilidad, para que determine la mujer las que cree que pueden ser ciertas:

- Malformaciones en el útero
- Determinadas prácticas sexuales
- Obstrucción de las trompas
- Causas psicológicas
- Alteraciones en la movilidad del semen
- Dificultades en la eyaculación masculina
- Causa mixta
- Abortos voluntarios en el pasado
- Baja reserva ovárica
- Utilización prolongada de medios anticonceptivos
- Abortos involuntarios en el pasado

Se abrirá un debate, haciéndole que los divida en factores femeninos y masculinos. A continuación, se le corregirá los posibles errores siguiendo la clasificación de Arnott (2008). El profesional le asegurará que la infertilidad es un problema que afecta a la pareja en su conjunto y es algo que deben de superar también de manera conjunta. Se remarcará que la utilización de medios anticonceptivos, así como las prácticas sexuales de la pareja y el haber sufrido algún aborto, no han influido en la fertilidad de la mujer. De este modo, se pretende evitar la sensación de culpabilidad y promover un locus de control más externo.

“Respiración diafragmática”

Se comentará la definición de estrés y como depende de las valoraciones que el individuo haga de la amenaza (valoración primaria), de sus recursos para enfrentarse a ella (valoración secundaria) y del resultado de las estrategias de afrontamiento (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2013). Se expondrá que la situación de infertilidad es un estresor crónico que puede afectar gravemente a la salud de la pareja y que un nivel inadecuado de ansiedad, puede generar en la mujer anovulación, ciclos menstruales irregulares y disminución del deseo sexual, y en el hombre, afectar al esperma y provocar disfunción eréctil.

A continuación el profesional, expondrá que la relajación hace referencia a un estado del organismo definido como ausencia de tensión o activación y explicará que mediante el control de la respiración se pueden inducir estados de relajación. Se hablará y practicará

sobre los diferentes tipos de respiración: alta o clavicular, media o pulmonar y baja o diafragmática. Basándose en el manual de *Modificación de Conducta* de Miltenberger (2013), se comentará que en la respiración diafragmática, la persona respira de manera lenta y rítmica, se disminuye su ansiedad y proporciona calma. Para su práctica, le indicará a la mujer que puede tomar una esterilla y realizar el ejercicio tumbada, o si lo prefiere sentada en la silla. Se practicará mediante las siguientes instrucciones con la mano en el abdomen:

- Al inspirar se deberá sentir como el abdomen se desplaza hacia fuera al dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones, los hombros no deben moverse. Se le indicará que debe inspirar lenta y profundamente, tomando aire por la nariz, durante unos 3-5 segundos hasta que los pulmones se llenen de aire, reteniendo el aire hasta llegar a unos 5 segundos. Durante la inspiración, el músculo diafragmático extiende el abdomen.
- Después de esto, se le indicará que debe de espirar (soltar el aire) lentamente durante el mismo periodo de tiempo, durante el cual el músculo diafragmático mueve el abdomen hacia dentro. El ejercicio se repetirá unas 4 veces.

“Practica en casa”

Se le indicará a la mujer que es necesario que dedique al menos 20 minutos diarios para practicar los diferentes ejercicios de relajación. Para ello, se le recomendará que elija un lugar cómodo, tranquilo y sin distracciones y realizarlo después de un baño o antes de irse a dormir, pero no después de comer o con el estómago completamente vacío. Asimismo, será importante tener un reloj o despertador cerca que nos pueda ayudar a controlar el tiempo que dedicamos al ejercicio (Moreno-Rosset, 2009b). Se le pedirá que tras las prácticas diarias realizadas en casa, rellene el siguiente registro basado en el obtenido de Moreno-Rosset (2009b), comentándolo en las siguientes sesiones:

Tabla 6.1. *Registro de relajación*

DÍA	HORA	LUGAR	SÍNTOMA S FÍSICOS	SÍNTOMAS EMOCIONALES	RELAJACIÓN CONSEGUIDA(0-100)

Anexo 7. Gestión de síntomas de ansiedad: Relajación

Basándose en *La infertilidad ¿Por qué a mí?* de Moreno-Rosset (2009b) se explicará:

Relajación progresiva: Se expondrá y se practicará la relajación progresiva de Jacobson con música relajante de fondo y se le indicará que deberá de realizar diariamente las técnicas de respiración al principio y la relajación progresiva los primeros días, durante 20 minutos, acabándolo con la técnica de imaginación. Una vez que consiga un dominio suficiente de la respiración, tan sólo tendrá que dedicarse a los otros ejercicios.

Técnica de imaginación: Se invitará a la mujer a imaginar o recordar algún lugar agradable y a situarse como si se encontrará en él, produciendo una sensación de calma y relajación. Debe de imaginar todos los detalles posibles de ese ambiente.

Relajación breve: Se puede llevar a cabo:

De pie:

- Colóquese de pie con la espalda y los talones contra la pared.
- Realice tres respiraciones cogiendo el aire por la nariz y sacándolo por la boca.
- Siga apoyado en la pared y colóquese de puntillas.
- Tense las piernas poniéndolas rígidas como una tabla.
- Ponga rígida la zona del estómago y vientre como una tabla.
- Cierre los puños y haga fuerza con los brazos como si quisiera tocar el suelo.
- Cierre fuertemente los ojos y llene de aire las mejillas.
- Mantenga la tensión en todo el cuerpo durante el máximo tiempo posible.
- Relaje todo el cuerpo.
- Repita este ejercicio tres veces.
- Luego, realice tres respiraciones profundas cogiendo el aire por la nariz y sacándolo por la boca.

Sentado:

- Siéntese apoyando los pies en el suelo y la espalda en el respaldo.
- Realice tres respiraciones cogiendo el aire por la nariz y sacándolo por la boca.
- Presione el suelo con los pies fuertemente, como si quisiera empujarlo hacia abajo.
- Las piernas y nalgas deben levantarse ligeramente de la silla.
- Ponga rígida la zona del estómago y vientre como una tabla.
- Cierre los puños fuertemente, haga fuerza con los brazos.
- Cierre fuertemente los ojos y llene de aire las mejillas.
- Mantenga la tensión en todo el cuerpo durante el máximo tiempo posible.
- Relaje todo el cuerpo.
- Repita este ejercicio tres veces.
- Luego, realice tres respiraciones profundas cogiendo el aire por la nariz y sacándolo por la boca.

Anexo 8. Valores, autoestima y duelo

La sesión comenzará pidiéndole al marido que realice una clarificación de valores en forma de árbol del mismo modo que lo llevo a cabo su mujer en las sesiones anteriores. A continuación, se compararán ambas listas y se debatiría sobre el papel y la importancia de ser padre para cada uno de ellos. Se remarcará la importancia de fijarse en el resto de áreas tanto propias como de su pareja, para ayudarle, en la medida de lo posible, a cumplir sus metas.

“Trabajar con el autoconcepto y la autoestima”

“Listados positivos”

Con este ejercicio se fomentará la autoestima de la pareja y se ayudará a clarificar su autoconcepto. Se le pedirá al hombre que realice una lista de las 10 cualidades positivas y negativas de su mujer y se comparará con la lista que hizo esta en la sesión individual. Tras ello, se le pedirá a la mujer y al hombre que realicen en silencio, y a la vez, una lista de las cualidades de él para compararlas de igual modo.

“Logros y elogios”

Se les preguntará a cada miembro de la pareja si se sienten importantes para el otro y si piensan que éste valora sus logros. Para ello, completarán la siguiente tabla, sobre eventos que hayan ocurrido en el último mes. Se les pedirá que las rellenen de manera individual para luego poder compararlas y reflexionar sobre cosas que valoran de ellos mismo y de su pareja y si sus logros han sido adecuadamente elogiados por el otro.

Tabla 8.1. *Cosas que valoro y cosas elogiadas.*

Cosas que valoro que he hecho bien	Cosas que valoro que he hecho mal	Cosas que me han elogiado	Cosas que me han criticado	Cosas que he elogiado a mi pareja	Cosas que he criticado a mi pareja

“El duelo. Primera fase”

El profesional explicará que el duelo se trata de una reacción adaptativa normal que sigue a las pérdidas importantes y cuyo sentido es tratar de asimilar la realidad de esa pérdida y poder afrontar una nueva vida. En este caso, la pérdida de la pareja se referirá a su pérdida de la fertilidad. Se van a pasar por unas fases de duelo similares a la pérdida de un ser querido (Moreno-Rosset, 2009b). En el caso de la infertilidad, Syme (1997), detalla las etapas por las que atraviesan las parejas infértiles:

- Paralización: negación de la realidad, pérdida del apetito o dificultad para concentrarse, incredulidad.
- Anhelo: La pareja se concentra en su gran necesidad de ser padres. Las parejas infértiles se sienten excluidas, experimentan rabia, celos, pena, culpa...
- Desorganización y desesperación: sensación de culpa (por una vida sexual promiscua, como un castigo...). Se experimenta una sensación de falta de control, ansiedad, sentimientos de soledad, aislamiento social, desesperanza, depresión, impotencia...
- Reorganización y aceptación: En un principio la pareja deberá de adaptarse a un medio sin hijos.

“Objetos vinculares” (Van der Hart, 1983)

Con esta actividad se pretenderá comenzar el proceso de duelo en la pareja. Se les pedirá que elijan uno o varios objetos simbólicos que representen el niño perdido y que los coloquen en un sitio visible de su casa. La elección de los símbolos podrá ser individual o conjunta. Estos objetos se incorporarán más tarde a la ceremonia de despedida o finalización.

“La carta continua” (Van der Hart, 1983)

Para continuar con el proceso se llevará a cabo esta tarea en casa. Después de la elección de los símbolos, se les propondrá que cada uno de ellos escriban una carta de despedida para el niño que no fue, plasmando los sentimientos positivos y negativos. Deberán escribir todos los días o al menos tres veces por semana durante 45 minutos o una hora. Cada día deberán de releer lo que escribieron los días anteriores y continuar. Si en un determinado momento no saben que escribir, permanecerán sentados hasta agotar el tiempo. La carta deberá de escribirse siempre en el mismo lugar y a la misma hora. Los contenidos de la carta no tienen por qué ser nuevos, ciertos mensajes han de repetirse varias veces para que el ritual tenga éxito.

Anexo 9. Técnicas de afrontamiento

“Tipos de técnicas de afrontamiento”

El psicólogo recordará que el nivel de estrés experimentado en una situación dependerá de la valoración que se haga de ésta y de las estrategias de afrontamiento empleadas que se definen como las actuaciones dirigidas a frenar y si es posible, anular el impacto y los efectos de la situación amenazante. Para Folkman y Lazarus (1988) las principales son:

ESTRATEGIAS CENTRADAS EN EL PROBLEMA:

- Confrontación: *Me mantuve firme y luché por lo que quería. Manifesté mi indignación a la persona responsable del problema*
- Búsqueda de apoyo social: *Acudí a personas amigas que pudieran echarme una mano. Hablé con alguien que tenía más información que yo sobre este tema.*
- Búsqueda de soluciones: *Analiqué detenidamente la situación y me tracé un plan de acción paso a paso.*

ESTRATEGIAS CENTRADAS EN LA EMOCIÓN:

- Autocontrol: *Intenté controlar mis sentimientos y que no me dominara el problema. Intenté no actuar precipitadamente, no seguir el primer impulso.*
- Distanciamiento: *Procuré distraerme y no pensar demasiado en el problema. Intenté seguir como si nada hubiese ocurrido.*
- Reevaluación positiva: *El pasar por esta experiencia enriqueció mi vida. Intenté redescubrir lo que es realmente importante en mi vida.*
- Autoinculpación: *Asumí que yo me había buscado el problema.*
- Escape/Evitación: *Fantaseé y soñé con tiempos mejores. Esperaba que ocurriera un milagro, o que pasase el tiempo y las cosas cambiasen.*

A continuación, se le pedirá que reflexione sobre la técnica (o técnicas) de afrontamiento que podría ser adecuada para cada una de estas situaciones:

- Tu jefe en el trabajo asegura que ha habido un error en las cuentas debido a que tú has realizado un trámite mal, tu estas seguro de que lo has hecho bien.
- Tu marido quiere ir a ver un partido de deporte, pero tú ya le has dicho a unos amigos que acudiréis con ellos a cenar.
- Quieres realizar un viaje con tu pareja, pero en el último momento, las plazas que quedaban libres en el avión se cubren.

- Te propones voluntaria para realizar una cena familiar, pero mientras la estás realizando sientes que supone mucha presión para ti.
- Tu marido ha criticado a alguien de tu familia y habéis comenzado una dura discusión.
- Tu pareja ha comprado una mascota sin consultarte, sientes que está destrozando el piso...
- Quieres ir a hacer deporte al aire libre, pero en el último momento se han presentado unos compañeros de trabajo de tu marido en casa y él no está para atenderles.

“Prevención de respuestas”

Con este ejercicio se busca reducir el impacto que podría provocar un evento inesperado así como pensar, antes de que suceda, en diferentes estrategias de afrontamiento. Se propondrá a la mujer que realice una lista de situaciones que le producen o le podrían producir ansiedad (dejando de lado el resultado de las TRA, ya que es algo con lo que se trabajará en sesiones posteriores). En la lista tendrá que incluir dos posibilidades que se pueden dar por ejemplo, si decide buscar un trabajo, podría conseguirlo o no.

A continuación, se le pedirá que rellene la siguiente tabla basada en el Registro de posibles resultados del tratamiento de TRA de Moreno-Rosset (2009b) con dos de las situaciones:

Tabla 9.1. *Registro de prevención de respuestas*

	¿Qué pensaré?	¿Qué sentiré?	¿Qué haré?
Opción 1			
Opción 2			

Si a lo largo de los días aparecen las situaciones estresantes, se le recomendará que ponga en marcha el plan previsto y si esto sucediera, que lo comentara en la siguiente sesión para poder hablar sobre los resultados.

Anexo 10. Distorsiones cognitivas

El profesional explicará que las personas poseemos esquemas, que se tratan de estructuras cognitivas consolidadas sobre conocimientos generales y experiencias anteriores, que organizan nuestra percepción y valoraciones. Las distorsiones cognitivas, se comentará, se tratan de errores en el procesamiento de la información, a raíz de determinados esquemas.

- **Pensamiento dicotómico:** Las experiencias se clasifican en dos categorías opuestas. Ejm: *Las cosas son buenas o malas.*
- **Proyección:** Creencia basada en la suposición de que los demás interpretan y ven las cosas como uno mismo. Ejm: *no entiendo por qué ha elegido irse a esa ciudad, si yo creo que es mejor esta.*
- **Personalización:** Tendencia a atribuir a sí mismo, condiciones o sucesos, sin que haya evidencia para ello. Ejm: *El comentario no fue al azar iba por mí.*
- **Sobregeneralización:** Sacar conclusiones o reglas generales de hechos particulares. Ejm: *Ya me ha salido mal otras veces, seguro que esta vez me paso lo mismo.*
- **Filtrado negativo:** Fijarse tan sólo en lo negativo de una situación. Ejm: *He acabado la tarea, pero sé que lo podría haber hecho mejor.*
- **Pensamiento catastrófico:** Exageración de eventos y sus resultados. Ejm: *Si expongo lo que pienso, será terrible.*

Se le pedirá que piense en algún ejemplo de las distorsiones comentadas, bien inventado o de su vida y que lea los siguientes, para intentar determinar de cuáles se tratan:

- Al final la cena ha ido mal, seguro que ha sido por lo que dije
- Ninguno de mis amigos va a entender por lo que estamos pasando
- Si mi amiga no me acompaña al médico es que no me aprecia
- Cuando bajé la basura los vecinos estaban hablando y de repente se callaron. Seguro que estaban hablando de nosotros.
- No voy a volver a conducir ese coche, ya tuve un accidente y le he cogido miedo
- Si no consigo tener la casa limpia, los vecinos se reirán de mí
- No ha sabido guardarme el secreto, no se puede confiar en nadie
- Le he pedido a mi pareja que me ayude a llevar unas cajas, ha dicho que estaba ocupado. Nunca más le diré nada no me va a ayudar
- Mi pareja no quiso tener ayer una relación íntima conmigo, ya no soy atractiv@.

Anexo 11. Técnicas de reestructuración cognitiva

“Tipos de estrategias de reestructuración cognitiva”

- Cuestionamiento de la evidencia: Examinar la base que sostiene cierta creencia.
- Reatribución: Revisar la responsabilidad de los eventos que tienen relevancia para uno.
- Respuesta alternativa racional: Proponer y adoptar una forma distinta de pensar.
- Pensamientos positivos: Ver los aspectos positivos de las situaciones, incluso de las negativas.
- Uso de la exageración y la paradoja: Llevar las cosas al extremo, o imaginarse lo contrario de lo que se desea.
- Uso de autoaserciones y autoafirmaciones positivas: Preparación de mensajes positivos para enfrentarse a la situación ansiosa y que deberá de utilizar antes, durante y después, por ejemplo, *estoy calmada, no me va a pasar nada malo...*
- Focalización de la atención en elementos externos: Cuando nos absorban las emociones y pensamientos negativos, centrar la atención en algún objeto de alrededor y buscar cinco utilidades imaginarias para éste.

Se le propondrán diferentes situaciones, como las de los ejercicios de Anexo 8, y se le pedirá que piense en la manera de enfrentarse a las distorsiones cognitivas.

“Registro de distorsiones cognitivas”

Se le entregará a la mujer el siguiente registro para que anote aquellas situaciones y pensamientos que le surgen cuando esté ansiosa y utilice las técnicas de reestructuración cognitiva que vea conveniente. El registro se enseñará en cada sesión, cada semana, para comentarlo en la consulta:

Tabla 11.1. *Registro de distorsiones cognitivas*

Día	Situación	Pensamiento	Sentimientos	Técnica	Pensamiento alternativo	Resultado

Anexo 12. Distorsiones cognitivas, técnicas de afrontamiento y esculturas de pareja

“Repaso: Distorsiones y técnicas de afrontamiento”

Para repasar y practicar en la detección y afrontamiento de pensamientos automáticos disfuncionales, se tomarán las hojas resumen entregadas a la mujer y se procederá a explicarlas al hombre. Además, se le entregará un registro como el de ella. En consulta, se les invitará a cada uno a poner ejemplos de distorsiones cognitivas relativas a su vida en pareja, acabando las siguientes frases, y pensar maneras de enfrentarse a estos pensamientos:

- *Yo supongo que mi pareja piensa que soy...*
- *Yo opino que mi pareja siente por mí...*
- *Yo creo que cuando hace esto mi pareja es porque...*

A continuación, se llevará a cabo un repaso de los contenidos de la sesión relativa a las técnicas de afrontamiento y se les dará un tiempo para pensar en diferentes situaciones que les hacen sufrir, se deberán añadir al menos un par relacionadas con la infertilidad. Tras esta reflexión y su exposición, cada miembro de la pareja deberá escribir las situaciones que le molestan al otro y pensar en diferentes técnicas de afrontamiento. Seguidamente, se expondrán y se debatirán con la pareja. Este ejercicio tiene como objetivo la promoción de la empatía y la ayuda en la búsqueda de técnicas de afrontamiento eficaces.

“Esculturas de pareja”

El profesional explicará, siguiendo los principios de la Terapia Familiar Sistémica, que la “escultura familiar” con la que trabajarán sirve para plasmar las relaciones, el contexto, las situaciones de la pareja y ayudará en la planificación de acciones y la expresión de emociones (Espina, 1997).

Escultura del presente

Siguiendo las indicaciones de Espina (1997), en primer lugar el terapeuta delimitará el espacio dramático en el que se desarrollará la escultura, remarcando la zona de la consulta en la que se deberá llevar a cabo el ejercicio, por ejemplo, el centro de ésta. Tras esto, se le pedirá a la pareja que decidan una situación cotidiana para representar. Por ejemplo, se les pedirá que realicen una escultura de algo que defina su relación. Se les preguntará quién desee comenzar. Se les explicará que van a moldear al otro miembro como si fuera una figura de barro utilizando la postura, gesto y disposición espacial que considere. A continuación, se

habrá de modelar a sí mismo y colocarse con el otro miembro de la pareja. Una vez pensada la situación, se pasará a la acción. Cuando la escultura esté completa el terapeuta le pedirá a cada miembro que tome conciencia de su postura: hacia donde se dirige su mirada, cómo están colocadas sus manos, sus pies, cómo es su expresión, cómo de lejos de la otra persona se encuentra... Se pueden realizar algunas preguntas de guía como:

- Al otro miembro de la pareja: ¿Cómo te sientes en esa postura? ¿Qué crees que estas transmitiendo así? ¿Por qué crees que tu pareja te ha colocado de ese modo? ¿Estás de acuerdo con esa posición? ¿Te sientes identificado? ¿Qué te sugiere la actitud de tu pareja? ¿Qué crees que puede estar diciendo y sintiendo?...

- Al “escultor”: ¿Por qué le has colocado así? ¿Qué querías transmitir? ¿En qué situaciones se da esa expresión? ¿Cómo te sientes tú en esa postura? ¿Qué quieres transmitir?...

El terapeuta focalizará la atención y se preguntará por la dirección de la mirada, la postura (si es cooperativa, agresiva...), la distancia entre los miembros (que nos habla del grado de separación-individuación y de la intimidad), los gestos (indagando sobre la jerarquía, las normas, el poder...) Tras ello, se invitará al otro miembro a realizar una escultura y se repite el proceso para poder contrastar las diferentes visiones que tienen de su relación.

Escultura del pasado

En esta escultura el terapeuta les pedirá que a partir de la que han realizado del presente vayan realizando esculturas hacia atrás en el tiempo, por ejemplo, dos o tres. Se les comentará que vayan remarcando los cambios en sus relaciones y actitudes en cada una de ellas con respecto a la anterior, uniéndolo a posibles eventos vitales. Se realizarán preguntas similares a las de la escultura del presente. El terapeuta abriría un debate sobre los cambios que ha habido en la pareja, sobre aquellas cuestiones que piensan que han solucionado y las estrategias seguidas, y aquellos que todavía pudieran seguir abiertos.

Escultura deseada

Por último, se le pedirá a la pareja que realicen unas esculturas sobre cuál sería la situación que desearían para su relación, independientemente o no de conseguir tener un hijo. Se explorarán cuáles son las expectativas de cada uno de la pareja, contrastando los deseos de ambos y comparándola con la escultura del presente. Comparándolas, se les invitará a reflexionar y llegar a un acuerdo sobre algunas cosas que creen que deberían de cambiar en su relación.

Anexo 13. Estereotipos de género y sexismo

“Creación de estereotipos y variación a lo largo del tiempo”

Entre los profesionales y la mujer se llegará a la definición de: sexo genético, género, estereotipo, prejuicios, discriminación y sexismo. A continuación, se llevará a cabo un debate sobre estas cuestiones: ¿Cómo crees que se conforman los estereotipos? ¿Qué papel tienen los padres? ¿Cuál crees que es el efecto de la sociedad? ¿Y el de los medios de comunicación? Se visualizará el siguiente anuncio de juguetes infantiles y se debatirá sobre lo que muestra:

https://www.youtube.com/watch?v=QMDi_Nh_BXI

Tras ello, se motivará para realizar una reflexión sobre: ¿Cuáles eran los estereotipos de género de tus padres? ¿Y de tus abuelos? ¿Crees que han cambiado?

A continuación se visualizará el video *El rol de la mujer en la publicidad - Años 40's a hoy*

<https://www.youtube.com/watch?v=5PvKiKvggd8>

Tras éste, se mostrará el video *Sexismo en la publicidad*

<https://www.youtube.com/watch?v=cWUceBWlb5o>

Por último se reproducirá *Ejemplos de publicidad no sexista*

<https://www.youtube.com/watch?v=8DrI16y4NSU>

Finalmente, se llevará a cabo una discusión sobre lo que muestran y las siguientes cuestiones:

- ¿Crees que la publicidad ha cambiado? ¿Podrías recordar algún otro anuncio en el que se muestren estereotipos de género? ¿Y alguno que no los cumpla?
- ¿Qué influencia crees que existe del género en las profesiones? ¿Sigue habiendo diferencias? ¿Cuáles crees que son?
- ¿Crees que ha habido cosas que tú has podido hacer y tus padres no? ¿Cuáles?

“El sexismo”

Se intentará llegar entre los profesionales y la mujer a una definición sobre los siguientes conceptos: machismo, feminismo y hembrismo.

Se le invitará a la mujer a pensar en situaciones, frases... que se ajusten a los anteriores conceptos y se le mostrará el video *Micromachismos: están ahí, aunque a veces no queremos verlos* https://www.youtube.com/watch?v=Co_z_GbjbHY

Se abrirá un debate sobre lo tratado en el video y los contenidos de la sesión.

Anexo 14. Apoyo social

“Calendario social”

El profesional le comentará que en los casos de infertilidad, en ocasiones, la insistencia de la familia, que continuamente puede preguntar o presionar para que la pareja tenga hijos, puede llegar a generar que ésta se distancia de ellos. Incluso se puede llegar a evitar a ciertos contactos sociales que les preguntan sobre el tema o tienen hijos, ya que les recuerdan constantemente su incapacidad. Esto genera una importante pérdida de apoyo social (Moreno-Rosset, 2009a). El profesional le pedirá a la mujer que reflexione sobre aquellas personas que piensa que son más importantes en su vida, escribiéndolas en un papel junto con el tiempo que pasa con ellas a la semana y en que situaciones se suelen ver.

Se le estimulará para realizar una reflexión sobre las personas con las que pasa más o menos tiempo del que le gustaría y si éste está influenciado por la situación de infertilidad. Asimismo, se le invitará a pasar más tiempo con los amigos y familiares, pensando repetir las situaciones en las que se ven y pensando otras posibles. Para ello, se le mostrará un calendario de ese mes, pidiéndole que fije planes que podrían hacer.

“¿Contar la situación”

Además se debatirá sobre los pros y contras de contarte su situación a cada una de esas personas importantes en su lista. Para ello se explorarán las siguientes cuestiones:

- ¿A quién se lo habéis dicho?
- ¿A quién más consideras que deberías decírselo? Dejando claro que esta cuestión es algo que se debe de debatir en pareja, teniendo en cuenta aquellas personas que consideran que les van a proporcionar apoyo emocional y/o práctico durante el proceso. Se expondrá que uno de los mayores beneficios de contarlo podría ser el pedirles a las personas cercanas evitar ciertas preguntas o temas en determinadas circunstancias.

Se les harán del mismo modo, las siguientes preguntas:

- ¿Crees que os ayudará contárselo a esas personas?
- ¿Crees que también sería beneficioso contarlo en el trabajo? Se aclarará que si eligen llevar a cabo un TRA va a suponer muchas visitas al médico y puede que ausencia en el trabajo. Para ayudarles a tomar una decisión se le invitará a apuntar en un papel cada persona importante en su vida y escribir al lado los pros y contras de contárselo.

Anexo 15. Sexualidad en la mujer

“Creencias sexuales”

Con el objetivo de promover una visión menos estereotipada en el comportamiento sexual, se le entregará a la mujer un folio con las siguientes frases (el resultado estará ocultado) y ésta tendrá que pensar en cuáles de ellas son falsas y cuáles verdaderas.

- Una mujer no debería tener la iniciativa en una relación sexual. Falso
- Las mujeres sólo piensan en el sexo como una vía para tener hijos. Falso
- Las mujeres se fijan más en el contexto y los preliminares. Verdadero
- El alcohol mejora el deseo sexual y la erección. Falso
- Si el hombre se masturba con frecuencia es debido a que no está sexualmente satisfecho con su pareja. Falso
- Se puede disfrutar del sexo sin necesidad de que haya coito. Verdadero
- Después de la menopausia termina la vida sexual. Falso.
- Durante el embarazo no se pueden tener relaciones sexuales. Falso
- Si el hombre pierde la erección es porque no considera a su pareja atractiva. Falso
- Las mujeres sólo llegan al orgasmo mediante la penetración. Falso
- La impotencia solo se puede producir por factores físicos. Falso.
- Solo al haber eyaculación hay embarazo. Falso

“Diario de pensamientos eróticos” (Extraída de Bayebach y Herrero, 2010)

Para la promoción del deseo sexual y la potenciación de un papel más activo de la mujer, se le pedirá que tome un folio en casa y piense en algún pensamiento sexual que tenga durante el día y lo desarrolle en su imaginación. Se le recomendarán diferentes películas, libros...que pudieran ayudarle a fomentar su imaginación. A continuación, se le propondrá intentar satisfacerlo con su pareja planeando cada uno de los pasos como lo había plasmado sobre el papel. Se le pedirá que anote sobre el mismo papel cuál ha sido el resultado, cómo se ha sentido... (Variación del ejercicio original).

“Baño sensual” (Extraída de Bayebach y Herrero, 2010)

Con este ejercicio se promoverá el deseo y el conocimiento sexual sobre sí misma de la mujer. Los terapeutas le sugerirán a la mujer que unas dos veces a la semana se dé un baño relajante con una luz tenue (por ejemplo con velas), olores agradables, música relajante... Será un momento exclusivamente para ella donde nada ni nadie le pueda molestar. Durante el baño, recorrerá su cuerpo con las manos en forma de caricias, fijándose en aquellos puntos que más le gustan, no tiene que masturbarse, sólo acariciarse y disfrutar de las sensaciones.

Anexo 16. Estereotipos, valores tradicionales y vida sexual en pareja

“¿Hombres vs. Mujeres?”

Se volverán a aclarar los conceptos tratados en la sesión individual de estereotipos de género y se debatirá sobre ellos, presentando una serie de frases relacionadas:

- Sólo los hombres son capaces de llegar a los puestos directivos en una empresa.
- Las mujeres son dependientes y los hombres valientes.
- Los hombres son siempre más violentos.
- Hombres y mujeres poseen una organización diferente del cerebro.
- Las diferencias entre hombres y mujeres tan sólo se deben a causas biológicas.
- Solo la mujer debe dedicarse al cuidado de los niños.
- Los trabajos físicos deben de ser ocupados por los hombres.
- Las tareas del hogar deben realizarse por la mujer ya que es más apta para ello.
- Los hombres que lloran son menos masculinos.
- Solo las mujeres pueden ser feministas.
- Muchas denuncias sobre violencia machista son falsas.
- Sólo los hombres pueden ser machistas.
- Las mujeres que tienen éxito laboral no pueden dedicarse también a su familia.
- El feminismo apoya la superioridad de la mujer sobre el hombre.
- El hombre es constitucionalmente más fuerte que la mujer.

“Valores familiares e infertilidad”

Se les preguntará sobre su definición de familia y la de sus familiares y se reflexionará sobre la cuestión de que en la definición se incluya la necesidad de que una familia esté compuesta por unos padres y unos hijos. Además se abrirá un debate sobre como creen que han cambiado las familias en los últimos años y los diferentes tipos de familia existente (extensa, nuclear, en cohabitación, reconstituida, monoparental...). Se remarcará que todos los tipos cumplen las funciones fundamentales para el desarrollo psicosocial de las personas.

Por último, se discutirá sobre el papel de la fertilidad a lo largo de la historia. Se explicará que siempre ha estado presente, desde la antigüedad, considerando un castigo la infertilidad para aquellas mujeres que habían cometido algún pecado. Por ello, tradicionalmente se asociaba con la desvalorización de la mujer (Moreno-Rosset, 2009a). Se les harán las siguientes preguntas: ¿Cómo de importante crees que es para tus familiares que tengáis un hijo? ¿Qué creéis que pensarían éstos y las personas de vuestro entorno si no lo tuvierais? ¿Creéis que la identidad de la mujer sigue estando muy ligada a la maternidad?

“Vida sexual en pareja”

“Consejos: Vida sexual en pareja”

- Los altos niveles de estrés afectan al sistema reproductor. Por ello, es importante que la pareja no se obsesiones tan sólo en mantener relaciones sexuales en los días fértiles.
- Cuando durante el tratamiento de TRA se les recomiende o se les prohíba llevar a cabo relaciones sexuales, se dejará claro que esto tan sólo se refiere al coito.
- Llevar a cabo ejercicios de relajación antes de mantener una relación íntima.
- Dejar que tome la iniciativa aquel en el que el deseo sexual se encuentre más afectado.
- Explorar otras maneras de disfrutar que no impliquen la penetración.

“Puntúa tus zonas erógenas” (Extraída de Bayebach y Herrero, 2010)

El objetivo con esta tarea es promover el conocimiento del propio cuerpo y el del otro. Se les pedirá que cada uno dibuje en un folio el cuerpo desnudo. Cada uno asignará a cada zona del cuerpo, una puntuación del 1 al 10 según el placer que crea que sienta su pareja con la estimulación de esa zona. Al lado de cada número, pueden ir describiendo el tipo de estimulación para obtener esa puntuación. Si prefieren poner en común el ejercicio en casa pueden hacerlo, pero sería aconsejable que se realizará en la consulta. La otra persona pondrá un color diferente en cada zona para expresar el placer que en realidad siente en cada zona y se debatirá sobre las coincidencias y las diferencias respecto a lo que el otro piensa.

“El bote de ideas” (Extraída de Bayebach y Herrero, 2010)

En este ejercicio la pareja deberá de crear un *bote de deseos* y apuntar dentro de éste diez tipos de prácticas, escritas en papelitos que desea realizar con la pareja. Las prácticas que cada uno desea deberán de ser consultadas y debatidas con anterioridad con la pareja. Se les propondrá que un par de veces a la semana, cuando vayan a mantener una relación íntima, pueden recurrir cada uno a un papelito de deseos de su pareja. Una vez cumplido el deseo del papelito, se puede meter de nuevo en el bote para su uso posterior.

“Romper con la rutina”

Se buscará reavivar el deseo erótico pidiéndoles que al menos una vez a la semana, turnándose una semana cada uno, uno prepare una cita para el otro. Además, se les proporcionará información sobre diferentes juguetes sexuales y lubricantes.

Anexo 17. Consejos para mejorar el descanso

- Acostarse cuando aparezcan los primeros signos de sueño, pues la necesidad de dormir puede desaparecer a los 15 minutos y tardar sobre 90 en volver a aparecer.
- Realizar ejercicios de relajación antes de irse o actividades relajantes.
- Tomar un vaso de leche antes de acostarse, puesto que los triptófanos de los lácteos favorecen la liberación de serotonina. Otros alimentos que posee esta sustancia son el plátano, la avena, la cereza y la miel.
- Intentar mantener unos horarios regulares y mismas rutinas de acostarse y levantarse, buscando dormir unas 7 u 8 horas, recordando que existen diferencias individuales.
- Además podemos elevar unos centímetros los pies, por ejemplo, mediante un cojín, para ayudar a la circulación de la sangre mientras dormimos.
- Procurar cenar unas 2 o 3 horas antes de irse a la cama para favorecer la digestión.
- Evitar el alcohol por la noche, ya que interfiere con el sueño REM, lo que hace el sueño sea más intermitente y provoquemos que al día siguiente nos sintamos cansados.
- Antes de irse a dormir realizar una cena ligera ya que las comidas altas en calorías, grasas o proteínas dificultarán el sueño al necesitar un periodo mayor de digestión.
- Evitar o restringir el uso de tecnologías antes de acostarse (televisión, móvil...), por lo menos no utilizarlos durante una hora antes de irse a dormir, ya que la luz de las pantallas generan señales artificiales que alteran los ritmos de sueño-vigilia.
- En el momento de acostarse procurar que haya oscuridad en la habitación, puesto que los ritmos circadianos se regulan a través de la luz.
- Si no se ha podido dormir 30 minutos después de acostarse, no quedarse en la cama, levantarse y realizar alguna actividad relajante, hasta el momento de volver a sentir sueño.
- No consumir cafeína (café, té, algunas bebidas...) desde unas 6 horas antes de acostarse, debido a su efecto estimulante sobre el sistema nervioso central.
- Utiliza un colchón de dureza intermedia y una almohada que mantenga la espalda alineada para evitar problemas físicos y mejorar el descanso.
- No hacer ejercicio aeróbico desde 2 horas antes de acostarse, ya que contribuye a elevar la frecuencia cardíaca y generar un estado de activación en nuestro organismo.
- Realizar siestas sobre las 12:00 o las 13:00 de no más de 20 minutos, para evitar entrar en la fase de sueño profundo.

Anexo 18. Comunicación en pareja

El terapeuta les explicará en qué consiste la escucha activa y qué son las habilidades sociales. A continuación, se presentarán los siguientes consejos, basándose en el manual de *Prevención de drogodependencias en el ámbito familiar* del Ministerio de Educación (s.f):

Expresar y recibir refuerzo: Mediante componentes no verbales (mirada, expresión facial), incentivos (sonrisa, movimientos afirmativos de cabeza) y contenidos verbales. Expresarlo en primera persona (*me gusta...*), utilizar respuestas de reconocimiento y empatía (*comprendo que...*) y respetar la opinión del otro.

Expresar opiniones: Debe de seguir los siguientes pasos, descripción de un hecho, calificación del hecho desde la perspectiva del que habla y emisión de valoraciones personales. Por ejemplo: “*Estaba en un supermercado lleno de gente y una mujer me empujó cuando iba a coger un producto* (declaración de hechos), *el empujón me molestó y me sentí enfadada* (calificación), *esa mujer era una mal educada* (valoración)”.

Formular críticas:

- Exponer los hechos, informar a la otra persona de la parte de su comportamiento que deseamos que modifique sin juzgar o generalizar. Ejm: *No que hables de X en público*, en lugar de, *siempre hablas de lo que no debes*.

- Critica el comportamiento y no a la persona, especificando cuál es el comportamiento.

- Expresar primero el comportamiento y luego una opinión o el sentimiento. Ejem *Cuando tú haces...yo me siento...*

- Mostrar comprensión. Ejm: *Comprendo que no lo haces adrede...*

- Deja que el otro se explique y pide un cambio de conducta con una petición directa, proponiendo si hace falta alguna solución.

- Se sugerirá a la pareja que antes de realizar una crítica hacia el otro, primero haga dos comentarios positivos sobre él. De este modo, se pretenderá interrumpir el patrón de descalificativos mutuos que en ocasiones se da en una pareja.

Recibir críticas: Detenerse y evaluar la posibilidad o la parte de verdad (*Puede que tengas razón...*), escuchar sin interrumpir, no entrar en contraataques, responder con la opinión propia diferenciándola de la del otro. Si es necesario discúlpate, espera a que se calme el ambiente y expresa cómo te sientes en primera persona (*siento mucho..., te pido disculpas por...*).

Expresar sentimientos y críticas: Se les recomendará expresar sus sentimientos negativos comenzando las frases con “*Yo necesito*”, “*Yo siento*”, “*Yo pienso*”, en vez de “*tú me...*” que pueden provocar en la pareja respuestas defensivas y de culpa, y empezar las frases por “*Yo creo que...*”, para remarcar que se trata de la propia interpretación.

Expresar quejas: Explicar el motivo de la queja, cómo te sientes, dar la oportunidad al otro de modificar su conducta.

Estrategias para mejorar el diálogo:

- Presta atención.
- Respetar los turnos de palabra y no conviertas la conversación en un monólogo.
- Hacer énfasis en la comunicación positiva. Ejm: *Vamos a salir más*, en lugar de, *no salimos nunca*.
- Evitar afirmaciones radicales y generalizadas como *siempre, nunca...*
- Verbalizar explícitamente nuestros intereses, gustos y expectativas
- Cuando el tema de conversación con la pareja gire exclusivamente alrededor del tema de la paternidad, se deberá limitar el tiempo de conversación a unos cinco minutos, pues hablar más no solucionará nada (Moreno-Rosset et al., 2007).

Estrategias para resolver una discusión familiar:

- Ponte en el lugar de la otra persona
- Imponle a la otra persona un tiempo de reflexión o a ti mismo (Puede resultar beneficioso realizar el ejercicio de tiempo fuera que se explica más abajo).
- Reflexiona sobre el cambio de conducta que te pide el otro o el que pides.
- Terminar la conversación con un resumen, enfatizando las cuestiones positivas que se buscan con ella.
- Si se ha tenido una discusión, intentar hablar de ello en frío, al final del día, para evitar que se acumulen a las discusiones del día siguiente.
- Aclarar en una conversación lo que la persona se entendió dejando claro que es su interpretación, diciendo *yo creo que....., yo entendí que...*

“Tiempo fuera” (Extraído de Bayebach y Herrero, 2010)

Esta tarea está indicada cuando uno de los miembros de pareja sienta que en una discusión él mismo o el otro miembro se está “calentando” demasiado. Deberá de hacer una señal de

“tiempo fuera”, como una T con las manos y abandonará la habitación. La otra persona no debe ni seguirle ni impedirle que se vaya. Cuando considere oportuno (se haya calmado él o crea que lo ha hecho el otro), volverá a la habitación. Si desea retomar el tema puede hacerlo, pero siempre reconociendo la parte de razón que tenía el otro.

“Rol-playing”

Se les pedirá que cada uno coja un papel en los que habrá diferentes situaciones que deberán de interpretar:

- Expresar y recibir refuerzos: Expresarle a tu pareja tu enhorabuena por haber conseguido el ascenso en el trabajo que hacía tiempo que estaba buscando.
- Expresar opiniones: Un miembro de la pareja será A y el otro B. A piensa que utilizar el dinero ahorrado en unas vacaciones supone un derroche, ya que considera que hay otras cuestiones más importantes en las que aprovecharlo. B deberá de pedirle que explique las bases de su opinión, debido a que a él le hace mucha ilusión el viaje. Finalmente se valorará si A ha convencido a B, o éste sigue pensando igual.
- Formular y recibir críticas y quejas: Se les invitará a pensar una situación en el último mes que no le haya gustado de su pareja. Uno de los miembros deberá de expresar su crítica y proponer un cambio de conducta. A continuación, será el turno del otro.

Anexo 19. Tipos de comunicación

Se explicarán los estilos de comunicación: agresivo, pasiva y asertivo, incidiendo en este último y diferentes técnicas asertivas:

- Disco rayado: repetir nuestro punto de vista con tranquilidad, manifestando desacuerdo, sin dejarse ganar por otros aspectos. Ejm: *Entiendo, pero no me interesa...* “*Seguro que es una buena opción, aún así creo que no...*”
- Técnica del acuerdo asertivo/banco de niebla: reconocer la parte de la verdad de la frase del otro, sin contraatacar agresivamente y manteniéndonos en nuestra postura. Ejm: *Es posible que no haya actuado bien en esta situación, pero..... Quizás tengas razón, pero lo haré a mi modo...*
- Técnica para procesar el cambio: discutir con la otra persona lo que ha sucedido en el momento actual, centrándonos en el presente y en los hechos originarios del problema surgido y evitando generalizar. Ejm: *Vamos a centrarnos en lo que ha pasado hoy...*
- Técnica del aplazamiento asertivo/ ignorar: aplazar la respuesta a la afirmación que intenta desafiarnos hasta que nos sintamos más tranquilos y capaces de responder a ella apropiadamente o aplazar la discusión hasta que el otro se haya calmado. Ejm: *Si no te importa ahora estoy un poco alterado, seguiremos hablando más tarde.*
- Técnica de reflejar: repetir lo que siente la otra persona, incidiendo en no mostrar acuerdo alguno en lo que dice. Ejm: *Ya sé que te molesta, pero eso no justifica tus insultos.*
- Técnica de afirmaciones paradójicas: consiste en decir lo contrario de lo que se opina o espera escuchar. Ejm: *¿Dices que hago el ridículo así vestido? Bueno pues me gusta que se fijen en mi y esto es una buena manera de llamar la atención.*

A continuación, se les pedirá que pongan en práctica lo aprendido en estas situaciones:

- Tu pareja te pide que le acompañes a una cena de negocios, pero tú no conoce a nadie y te sientes incómoda en esta situación, prefieres no ir.
- Un amigo te pide que le acompañes a hacer unas gestiones al día siguiente y a ti se te olvida. Tu amigo te dice que no te importa y que no busques su ayuda en otra ocasión.
- Tú familia te dice que eres un egoísta que sólo piensa en si mismo ya que si no les irías a visitar más.
- Tus vecinos te preguntan cuándo vas a decidirte a ser padre.
- Tu familia insinúa que tenéis problemas en la relación y que no buscáis un futuro juntos ya que aún no tenéis un hijo.

Anexo 20. Orientación laboral

Se le pedirá a la mujer que complete y comente la siguiente información para comenzar a buscar empleo: experiencia, conocimiento/habilidades, intereses, oportunidades de la zona (buscando información por internet en la sesión y motivándole para que continúe en casa). Para aumentar sus conocimientos y habilidades, se le ayudará en la sesión, y se le recomendará a que realice en casa, una búsqueda de cursos que lleven a cabo en su zona u online, relacionados con los empleos más demandados, sus gustos, su experiencia... Además se le enseñará a elaborar un currículum y se explicará qué son las cartas de presentación y las partes de las que se componen.

“Cómo enfrentarse a una entrevista de trabajo”

Se explicarán las fases de una entrevista: Recepción, presentación, desarrollo de la entrevista, tus preguntas (haz al menos una para mostrar interés) y despedida, se comentarán cuáles son las principales preguntas que se realizan en una entrevista y se mostrarán algunos consejos para enfrentarse a una entrevista de trabajo:

- Prepara la entrevista con anterioridad, informándote sobre la empresa y el puesto de trabajo.
- Hablar de manera ordenada y sencilla: mostrarse educado, cordial, con habla pausada, evita frases hechas y muletillas, no tengas prisa en contestar...
- Aspecto externo e imagen: imagen discreta, adapta tu ropa al puesto...
- Saludo y movimientos: Primera apretón con decisión y firmeza, sentarse ni muy relajado ni muy tenso evitando tener las piernas y los brazos cruzados (pues transmite una actitud defensiva), coloca las piernas ligeramente separadas, evitar realizar muchos cambios de postura, colocarse a una postura prudente ni muy alejada ni muy pegada a la mesa, evitar tics como frotarse las manos o tocarse el pelo, mantener la mirada de una manera más o menos continua, no la desvíes ante una pregunta directa, muestra una cara relajada y una sonrisa moderada...
- Tono de voz flexible, ni monótono ni demasiado variable.
- Acompaña tus mensajes con ligeros movimientos de brazos y manos sin exagerar, evita tener las manos dentro de los bolsillos
- Fíjate en el lenguaje no verbal del entrevistador para saber la impresión que le estas causando.

- No hablar mal de las empresas anteriores: mostrando los aspectos positivos, no criticar a tu anterior jefe o decir que no te gustaba el ambiente...
- Evitar hacer preguntas inoportunas: pedir información sobre vacaciones o cuestiones salariales al principio de la entrevista...
- Se claro y conciso con lo que quieres transmitir, no te andes por las ramas.
- Escucha, deja hablar al entrevistador y no discutir con este. Puedes acompañar la escucha con movimientos de asentimientos de cabeza o expresiones como “Entiendo”, “Ya veo”... para mostrar interés.
- Hablar sobre los propios errores o defectos: presentando lo que se aprendió de ellos y convertir la ventaja en desventaja. Ejm: No decir, *dejé la escuela, no tengo estudios, si no , siempre he preferido el trabajo práctico.*
- Pregunta sobre el salario y el contrato de manera sutil y al final si te lo ofrecen.

“Rol-playing: Entrevista de trabajo”

Los profesionales se harán pasar por los dueños de una empresa que quiere contratar a la mujer como secretaria. Se le ofrecerá una pequeña descripción de la empresa para que pueda prepararse la entrevista durante unos minutos y a continuación, se realizará un simulacro de entrevista de trabajo, en el que la mujer tendrá que poner en práctica todo lo aprendido.

Anexo 21. Toma de decisiones

Se expondrá el siguiente esquema a seguir para la toma de decisiones:

- Detectar el problema
- Definir y formular el problema: Será necesario describirlo de forma concreta y objetiva, evitando añadir en su definición opiniones personales o suposiciones.
- Buscar posibles alternativas: haz una lista de posibles soluciones.
- Valorar pros y contras de cada alternativa , así como las dificultades que vas a encontrar para poner en marcha cada una de las alternativas, las consecuencias que cree que te vas a encontrar a corto y largo plazo, si la alternativa se ajusta al objetivo, si el esfuerzo que se pretende invertir es proporcional a los beneficios que se obtendrían...
 - Elegir una de ellas como mejor opción: Se puede recomendar elegir una opción y mantener una de “reserva”.
 - Ponerla en práctica y revisar los resultados. Si no te ha permitido llegar hasta tu objetivo, opta por la opción de reserva o vuelve a valorar otra alternativa. Reflexiona también sobre si el problema se puede resolver.

“Rol-playing: Toma de decisiones”

La pareja deberá de aplicar el proceso de toma de decisiones aprendido para intentar buscar posibles soluciones a estas situaciones:

- Una pareja tiene un dinero ahorrado y tienen que decidir si invertirlo en un coche nuevo, ya que el que tienen está muy estropeado, o una reforma en casa, debido a que necesitan un cuarto de invitados para cuando vienen familiares a visitarles.
- Un miembro de la pareja decide que quiere seguir estudiando, pero el otro le echa en cara que ahora mismo no se pueden permitir esos gastos. El primero insiste en que es algo que le hace mucha ilusión y a la larga supondrá ingresos para la familia.
- Se les preguntará sobre alguna situación en la que actualmente se encuentren tomando decisiones para ayudarles a aplicar el esquema trabajado (dejando de lado la paternidad ya que es algo que se trabajará más adelante).

Anexo 22. Técnicas de reproducción asistida: La IA”

Basándose en los manuales de Moreno-Rosset (2009a, 2010), el terapeuta explicará las técnicas de Inseminación Artificial (IA) y Fecundación In Vitro (FIV). Comentaré que la elección viene determinada por el diagnóstico, la alteración encontrada y las características de la mujer, en su caso lo recomendable sería la realización de una IAC (Inseminación Artificial con semen del cónyuge). Si no se consigue el embarazo en un número determinado de repeticiones, se aplica a continuación la FIV. La IA supone el depósito de los espermatozoides, en la mujer, mientras que la FIV supone el encuentro in vitro de los dos gametos, el cultivo in vitro del embrión y la transferencia al útero (Moreno-Rosset, 2009a).

Primera fase. Estimulación ovárica: En un ciclo natural, la ovulación se produce cuando los estrógenos, alcanzan una concentración determinada. Tras ello se genera la ovulación cuando el ovocito ya está maduro gracias a la influencia de la hipófisis (Moreno-Rosset, 2009a). En el caso de la IA se comienza con dos fármacos la estimulación ovárica. Uno de ellos genera una desensibilización hipofisiaria, evitando que la hipófisis reaccione al nivel de estrógenos y genere la señal hormonal desencadenante de la ovulación que dañaría a los ovocitos aún inmaduros. De este modo, se potencia el crecimiento de los folículos sin riesgo de una respuesta prematura. El fármaco de frenaje ovárico se introduce sobre el 7º día después de la ovulación, prolongándose durante 15 días, tras los cuales se aplican hormonas foliculostimulantes para potenciar de forma controlada el crecimiento folicular (Moreno-Rosset, 2009a; 2010).

Cuando éstos tienen el tamaño adecuado comprobándose mediante ecografías y ocasiones analíticas de sangre, se introduce otro medicamento, la GCH (gonadotropina coriónica humana), que induce la ovulación (Moreno-Rosset, 2010). La IA también se puede realizar con un ciclo menstrual espontáneo, llevando a cabo la inseminación en el momento próximo a la ovulación, pero la tasa de embarazos de este modo es baja (Moreno-Rosset, 2009a). Las dificultades que pueden aparecer en la estimulación ovárica según Moreno-Rosset (2009b) son la falta de desarrollo folicular, escaso o excesivo número de folículos. Esto podría provocar la suspensión del tratamiento médico. Los resultados de IA suelen ser de 5 a 15 por 100 de embarazos por ciclo (Moreno-Rosset, 2009a).

Segunda fase. Aplicación de la TRA: Una vez provocada la ovulación, se realiza el mismo día la inseminación con el semen capacitado del cónyuge, mediante un catéter en la cavidad uterina. Este semen lo puede proporcionar el hombre en la misma Unidad, mediante masturbación, o trasportándola desde casa, evitando que pasen más de 40 minutos (Moreno-

Rosset, 2010). Las complicaciones que pueden aparecer son: recogida de semen fallida, muestra de semen inadecuada, dificultades en la introducción del semen... (Moreno-Rosset, 2009b).

Tercera fase. Espera de los resultados: La última fase tiene una duración entre 15-17 días. Después de esta espera la mujer se debe realizar una prueba de embarazo e informar a la Unidad. En caso de no tener resultados positivos, se suele dejar transcurrir al menos un mes, con un ciclo menstrual natural, y volverlo a intentar al siguiente (Moreno-Rosset, 2010). Algunos otros riesgos que pueden surgir son: efectos del tratamiento médico (irritabilidad, dolores de cabeza, alteraciones del estado de ánimo), gestación múltiple... (Moreno-Rosset, 2009a).

El terapeuta informará a la pareja que durante el proceso va a pasar por una serie de emociones cambiantes. Al principio pueden experimentar esperanza y optimismo con el inicio del tratamiento, pero también incertidumbre y miedo a que falle. Si la técnica fallará, pasarían a experimentar desesperanza, rabia y tristeza o incluso miedo sobre el futuro sobre si se llegará hasta el parto por ejemplo (Moreno-Rosset, 2009a).

Leyes sobre las TRA: Por último, el terapeuta esbozará las bases de las leyes que rigen estos tratamientos exponiendo la Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (LTRA). Se dejará claro que la ley no establece una edad límite para la aplicación de las TRA, será la mujer quién, conociendo los posibles riesgos de aplicarla a una edad determinada, adoptará una decisión libre (Moreno-Rosset, 2009b).

Se debatirá también sobre las diferencias entre una unidad pública y una privada. Normalmente, en la unidad privada la lista de espera es menor y suele tener un mayor rango de edad para llevar a cabo las técnicas, sin embargo, los costes son muy elevados. Diferentes estudios muestra que a nivel público, la edad máxima para el acceso a una IA es de 38 años y 40 para FIV para las mujeres. Los límites de intentos son 4 en la IA y 3 en FIV.

Anexo 23. Acompañamiento en la fase de duelo: Finalización (Van der Hart, 1983).

Los profesionales volverán a comentar las fases de duelo por las que se considera que habrán pasado, invitándoles a expresar aquello que hayan sentido. Se les ofrecerá comentar, si lo desean, aquello que hayan apuntado en sus cartas de despedida. A continuación se llevará a cabo el ejercicio “*Finalización*”.

Cuando ambos sientan que han terminado de escribir la carta, se celebrará una ceremonia de despedida. Ésta consistirá en quemar la carta y enterrar las cenizas junto con los símbolos vinculares, en un lugar elegido y pronunciando, si así lo sienten, unas palabras de despedida. Es importante que lo realicen de manera conjunta, por lo que deberán de esperar a que el otro miembro termine su carta. Después de este ritual pueden realizar un rito de pureza simbolizando, como tomar un baño. Tras ello, pueden llevar a cabo un rito de reunión y celebrar alguna comida con amigos o familiares para hablar sobre el tema si lo consideran, o evadirse.

Anexo 24. Acompañamiento y consejos durante las fases de IA

Las diferentes sesiones estarán centradas en las diferentes fases del tratamiento, la 34 en el inicio de la estimulación ovárica, la 35 el día de la administración de GCH en la mujer y un día antes de obtener la muestra de semen del hombre y realizar la IA, la 36 durante la espera de los resultados y la 37 en la fase de concienciación de los resultados.

“Sesión 34. Fase de estimulación ovárica”

El terapeuta normalizará los sentimientos a los que se enfrenta la pareja. Ésta experimentará por un lado optimismo y esperanza de conseguir el hijo deseado por este medio, y por otro, impaciencia y miedo ante la posible cancelación del tratamiento y los efectos de éste. Será una fase dura para ella por las continuas visitas a la unidad, la administración de fármacos y sus posibles efectos secundarios como dolor de cabeza y alteraciones del estado de ánimo (Moreno-Rosset, 2009a). Se le recomendará a la mujer que se ponga una alarma en el móvil para recordarle la hora de tomar el medicamento. Se deberá elegir una hora en la que se pueda tomar de manera calmada y si es posible acompañada de la pareja para comenzar el tratamiento juntos, por ejemplo, ayudándole éste en la administración de las inyecciones (Moreno-Rosset, 2009b).

“Sesión 35. Fase de inseminación artificial”

Durante esta fase, se les comentará que puede aumentar la esperanza, el optimismo y la ilusión, pero a la vez lo harán los nervios. Se le recordará al hombre que debe de mantener unos días de abstinencia sexual antes de poder obtener la muestra de semen. Éste puede llegar a sentir una gran preocupación y responsabilidad en esta fase (Moreno-Rosset, 2009b). Esta situación puede derivar en estrés ante la obtención del semen e incomodidad de realizarlo en la propia Unidad, por lo que se le recordará que puede realizarlo en casa (siempre y cuando pueda llevarlo a la Unidad en un periodo de un máximo de 20 minutos) o pueden alquilar la habitación de un hotel unos minutos antes de ir al centro y obtenerlo en un ambiente más relajado (Moreno-Rosset, 2009a).

Además, puede realizar técnicas de relajación breve e imaginación antes de la extracción para facilitar el proceso. También se recomendará a la mujer realizar ejercicios de relajación antes de ir a la Unidad, o relajación breve en el momento de la inseminación. Tras su realización, se recomiendan unos minutos de descanso en la Unidad, en los que la mujer puede visualizar los lugares placenteros y de descanso que ha estado practicando (Moreno-Rosset, 2009b).

“Sesión 36. Fase de espera de los resultados”

Durante esta fase, los profesionales comentarán que se producirá un aumento de la esperanza e ilusión, pero también de la impaciencia. Según los resultados de éste pueden experimentar diferentes emociones, incluso si el tratamiento tiene éxito, pueden surgir una serie de temores hacia el futuro relacionados con si se llegara al parto, si el niño estará sano, cómo educar al niño... (Moreno-Rosset, 2009a, 2010). El profesional subrayará que todas las emociones, incluso las que se consideran negativas, son adaptativas y que su expresión ayudará a su aceptación.

Además se recomendará que no se pasen largos períodos de tiempo pensando en el embarazo, pues puede llevar a pensamiento y comportamiento obsesivos que alteren el estado de equilibrio emocional en la mujer. Durante esta fase se les recomendará no llevar a cabo prácticas sexuales de coito. En esta fase cobrará vital importancia realizar ejercicios de relajación y conductas de ocio y distracción y ejercicios de anticipación de respuestas para planificar que harán si el tratamiento tiene éxito o si falla (Moreno-Rosset, 2009a).

“Autorregistros durante TRA”

En cada sesión, se les entregará en consulta y se les pedirá que rellenen a lo largo de la semana una tabla (basada en los *autorregistros durante TRA* de Moreno-Rosset, Antequera et al., 2007), todos los días y ambos miembros de la pareja de forma separada. Ésta será diferente para cada semana (es decir, para cada fase de TRA por la que estén pasando) y se comentará su contenido en la siguiente sesión.

Tabla 24.1. *Registro de la fase de...*

Cuestiones médicas (tratamiento, ecografías...)	Emociones y sentimientos	Pensamientos	Síntomas físicos	Estrategias de afrontamiento	Resultado de las estrategias

Anexo 25. Gestión de las alteraciones durante la IA

“Gestión de la ansiedad y las distorsiones cognitivas”

Se insistirá en los beneficios de continuar con la práctica de relajación diaria. Igualmente, se invitará a que en cada una de las sesiones se lleven a cabo ejercicios de prevención de respuestas, por ejemplo, en caso de cancelación del tratamiento, en caso de completarlo pero que no hay embarazo... Además se les pedirá que rellenen los registros de distorsiones cognitivas y utilicen las técnicas de reestructuración practicadas, comentando los resultados en consulta.

“Recuperación del deseo sexual”

Antes TRA, se puede llegar a haber perdido la espontaneidad y el romanticismo en la relación (Moreno-Rosset, 2009b) debido a que las relaciones sexuales se han orientado hasta ahora a la consecución de un único objetivo, el embarazo. Sin embargo, con la técnica de TRA, la pareja ha perdido este móvil, pudiendo experimentar un sentido de vacío en sus relaciones. Para ello se recordarán algunos ejercicios de las sesiones de sexualidad y se propondrá otros:

“Ladies first” (Extraída de Bayebach y Herrero, 2010)

Con esta tarea se busca ampliar el repertorio sexual de la pareja y disipar el mito del orgasmo vaginal como única forma posible de placer femenino. Se explicará que hasta la siguiente sesión en pareja, y al menos una vez a la semana, sólo puede haber penetración en sus relaciones sexuales después de que ella hay tenido al menos un orgasmo.

“Focalización sensorial” (Extraída de Bayebach y Herrero, 2010)

Este ejercicio es muy útil para aquellas ocasiones en las que se le prohíba o desaconseje a la pareja mantener relaciones llegando al coito durante el tratamiento médico de infertilidad. Durante este ejercicio quedará prohibido el coito. Al llegar al dormitorio ambos se desnudarán y se tumbarán en la cama. Tras ello, se seguirán estas pautas.

- El que comienza puede acariciar al otro todo el cuerpo excepto los genitales (y los pechos de ella). Comienza por detrás y después le da la vuelta para acariciarle por delante.
- Tras diez minutos, cambiáis de papel, y el que ha sido acariciado ahora acaricia al otro durante diez minutos.

- Lo importante es que os fijéis en vuestras sensaciones cuando acariciáis y sois acariciados. Qué parte de vuestro cuerpo os gusta más que os acaricien y cuál os gusta más acariciar.

La primera semana deberán seguir estas pautas y a la siguiente podrán introducir la caricia a los genitales, y cuando lo deseen (o el tratamiento médico lo permitan) puedan acabar en coito (variación del ejercicio original).

“Actividades placenteras y de ocio”

Para evitar obsesiones con el tratamiento médico, se reevaluará el registro de actividades en común y por separado de la pareja y se completará de nuevo, determinando las horas y días que realizarán diferentes actividades.

“Apoyo y presión social durante TRA”

Se les enseñará a manejar la presión socio-familiar y a enfrentarse a posibles situaciones conflictivas, practicando en consulta la resolución de las siguientes situaciones mediante rol-playing asertivos:

- Un compañero tuyo de trabajo te echa en cara que últimamente faltas mucho al trabajo y que no estás siendo responsable.
- Una amiga quiere que acudas a una cena familiar a la que van a ir todos tus amigos, en su mayoría ya padres, pero a ti no te apetece ir ya que sufres en esta situación.
- Habías hecho varios planes con tus amigos, pero debido a las continuas visitas que tienes que realizar a la Unidad, no has podido ir. Tus amigos saben de tu situación pero aún así están cabreados ya que no les has avisado con antelación.
- Has preparado una cita romántica con tu pareja con toda la ilusión, has dedicado mucho tiempo en ella, sin embargo, ésta dice encontrarse muy cansada y que no le apetece.

Además se promoverá el aumento del apoyo social, revisando el calendario de actividades que hacen con otras personas fuera de su pareja. Se le propondrá seguir con él o añadir actividades para los siguientes meses.

“Mejora de la cohesión y comunicación”

- **Hablar de cosas que os interesan:** Por ejemplo, apuntar en trozos de papel recortados diferentes hobbies, recuerdos, opiniones, anécdotas de ambos... meterlos

en un bote o sobre y sacar un papel cada día, dedicando 30 minutos a hablar sobre el tema. Cada uno tendrá sus propias “tarjetas” y en el sobre estarán mezcladas.

- **Incrementa las interacciones positivas en la relación:**

“Recuerdos y símbolos”

Se les invitará a que tomen el álbum de fotos (o las fotos que tengan en el ordenador...) y hagan un recorrido por su vida de pareja, recordando aquellos eventos positivos. Si lo desean, para facilitar el recuerdo, pueden colocar posits en las páginas del álbum para describir el recuerdo y lo que sienten con él. Luego estos posits pueden llevarse a la sesión en pareja. Además, se les motivará para buscar alguno o varios símbolos que tengan un significado especial para ellos y dejarlos en algún lugar visible en la casa, para reavivar todos aquellos pensamientos y emociones que les sugieran. En la siguiente sesión en pareja se hablará sobre lo que han sentido con este ejercicio.

“El bote de los deseos” (Extraído de Bayebach y Herrero, 2010)

De igual modo que el ejercicio de *El bote de las ideas*, cada miembro creará su “bote de deseos”, apuntando en los papelitos diez deseos concretos y fáciles de cumplir por la otra persona. Cuando un miembro quiera cumplir uno de los deseos del otro, abrirá el bote de su pareja y cogerá un papelito, si cumple el deseo, tira el papel, si lo deja para otro momento, lo devolverá al bote y elegirá otro.

“Ejercicios para la fase de espera de resultados”

Como se recomienda en el *Programa PAPI*, la pareja puede realizar un listado de proyectos y actividades que pueden ejecutar con y sin hijos, diferenciando las individuales y las comunes, para prepararles tanto para el éxito como el fracaso de IA, dando más importancia a otras áreas de su vida.

Además se les pedirá que evalúen del 0 al 10 el grado de satisfacción con las siguientes áreas: autoestima, comunicación en pareja, relaciones sexuales, relaciones familiares, trabajo, sueño, alimentación, ocio, otras... Se les propondrá que reflexionen sobre cuál sería la puntuación que les habrían dado al inicio del programa y como ha cambiado. De este modo, se pretende que la pareja valore los cambios producidos en su relación y su vida, independientemente del resultado que les van a comunicar.

Anexo 26. Afrontar el fracaso de la IA y nueva toma de decisiones

“Distorsiones cognitivas”

En el caso de no embarazo, como se asegura en Moreno-Rosset (2009b), lo más importante es pasar a compartir el momento con la pareja y expresar los sentimientos y pensamiento que se puedan tener. Para iniciar este proceso se presentarán las principales distorsiones cognitivas que suelen aparecer y se trabajará con ellas, determinando el tipo de distorsión que se trata y aplicando técnicas de reestructuración cognitiva: *“la técnica ha fallado, seguro que no lo consigo nunca”, “si no somos padres estaremos perdidos en la vida”, “si no tenemos hijos no seremos una verdadera familia”. “hemos fallado por mi culpa”, “no sirvo para nada”...*

Tras ello, se le pedirá que expresen aquellos pensamientos que pudieran tener para gestionar las distorsiones cognitivas. En todo momento se destacará que los sentimientos de desvalorización se tratan de distorsiones ya que, pueden haber seguido todos los consejos del equipo médico, pero el tratamiento haber fallado por motivos ajenos a la pareja. Se pretenderá, de este modo, desplazar el locus de control hacia el exterior.

“Duelo”: Carta desde el futuro (extraída de Beyebach y Herrero, 2010)

Se les recordarán las fases del duelo y los diferentes ejercicios que han llevado a cabo en las anteriores sesiones para, si consideran que les han ayudado, volverlos a repetir para superar este nuevo duelo. Para recuperar la visión de futuro, se les pedirá que escriban cada uno a sí mismo una carta, unos 20 años más adelante. En esta situación han superado la pérdida del niño. En esta carta, se les animará a que cuenten cómo consiguieron salir adelante, qué personas les ayudaron, qué cualidades personales aprovecharon, pero habrán de redactarla como si finalmente no hubieran sido padres (variación del ejercicio original).

“Nueva clarificación de valores y toma de decisiones”

Se volverá a tomar el “árbol de valores” y se les preguntará si desean cambiar alguna de las metas o la importancia de algún área. Los profesionales focalizarán la atención de la pareja en el resto de áreas diferentes a la paternidad. Se trazará un plan para poder cumplir algunas de las metas a corto plazo y se tomará la lista de proyectos sin hijos. Esta estrategia le ayudará a amortiguar el dolor de la pérdida. Tras ello, se debatirá sobre el nuevo sentido de la paternidad para la pareja y se les invitará a realizar de nuevo una toma de decisiones sobre si llevar a cabo otra IA. Se les ofrecerá un tiempo de descanso para pensar en ello y se les pedirá que ofrezcan una decisión la semana siguiente.

Anexo 27. Intervención en las áreas alteradas tras el fracaso de la IA

“Emociones durante TRA”

Después de haber llevado a cabo el procedimiento de TRA y haber tenido unos resultados negativos, se le pedirá a la pareja que dibuje de manera separada una línea en una hoja colocando diferentes procedimientos médicos a los que ha sido expuesto el otro miembro, y las diferentes emociones que cree que ha vivido. A su vez, se colocará en la línea cosas positivas que se cree que él/ella (el otro miembro) o la pareja hayan obtenido del proceso, por ejemplo: una mayor comprensión del proceso médico... De esta manera se fomentará la empatía y ayudará a la pareja a poder ver las cosas positivas del proceso, aunque no haya acabado en el hijo deseado.

“Autoestima tras el fracaso de TRA”

“Bote de medicamentos” (obtenido de Beyebach y Herrero, 2010)

Se les propondrá a la pareja que lleve a consulta un sobre, ese sobre contendrá unos medicamentos contra la baja autoestima, que serán pequeños trozos de folio en los que habrá diferentes remedios que tendrán que escribir como escuchar una canción, quedar con amigos, hablar con familiares, mensajes positivos... Pueden ser de diferente color si se tratan de pensamientos, conductas... Por el otro lado del trozo de folio se debe de especificar el prospecto del medicamento, cómo utilizar la “pastilla”, en qué situación... Se le permitirá así organizar diferentes recursos que la persona ya ha aprendido en las sesiones.

“Mensajes positivos diarios”

Se invitará al otro miembro de la pareja a dejarle todos los días un mensaje positivo al otro, ya sea en una nota antes de irse a trabajar, en un mensaje de texto cuando está fuera de casa...Cualquier formato y cualquier tipo de mensaje si es positivo vale.

“Cohesión y comunicación en la pareja”

“Listas de caricias”

La tarea sirve para reforzar conductas positivas y mejorar la cohesión de la pareja. Se le pedirá que en sus agendas apunten cada vez que uno de los dos diga o haga algo que al otro le haya gustado, así como la manera de la que ellos han reaccionado. Al final de la semana, cada uno leerá las cosas que el otro haya puesto de él y se debatirá sobre la forma de reaccionar de éste, valorando si se ha demostrado aprecio y si se ha reforzado la conducta. Este ejercicio se

deberá repetir durante al menos tres semanas. En la siguiente sesión se comentarán los resultados y sensaciones surgidas.

“Espacio para estar solo”

El objetivo de este ejercicio es romper el círculo vicioso de intercambios negativos y estereotipados instaurado en la pareja, evitando alargar discusiones que no van a ninguna parte. Se les propondrá que piense en un lugar al que pueda acudir cuando surja un problema con su pareja o necesite tener más intimidad. Si es debido a la primera cuestión, el problema se debatirá más tarde en casa entre ambos, cuando la situación se enfríe. Este lugar podrá ser por ejemplo, la casa de sus padres, un parque, un lugar de su casa (en ese caso deberá de colocar un cartel en la puerta de esa sala que diga “tiempo para estar solo”). Se informará al otro del motivo de este comportamiento para que pueda comprender sus reacciones.

“Vida sexual en pareja tras el fracaso”

“El dado erótico”

El profesional sugerirá a la pareja que tomen dos dados y peguen en cada una de sus caras un trocito de papel. Cada papel contendrá una palabra, un dado estará dirigido a partes del cuerpo (labios, cuello, pechos...) y el otro dado a acciones (besar, morder, masajear...). El dado lo podrán utilizar como parte de su juego erótico vaya a haber o no coito. Se tratará de lanzar los dados al aire y completar una frase de acción-lugar. Una vez que haya tirado un miembro el dado y realizado la acción, será el turno del otro.

“Otras posibles áreas afectadas”

Se insistirá en los beneficios de continuar con las prácticas de relajación y se revisarán los hábitos de sueño y apetito de la pareja, recordando algunos consejos si fuera necesario. Se recordará los beneficios del deporte y de realizar actividades placenteras individualmente y de manera compartida. Se revisarán las actividades que está realizando la pareja para reforzarles y/o proponer mejoras.

Anexo 28. Escuela de padres

“Establecer normas y límites”

Hay que ser consistentes entre los padres y dejar claros los comportamientos que se esperan, cuáles serán premiados y castigados y las consecuencias. Se deberán adaptar las normas en función de la madurez del hijo y dejar algunas para ser negociadas con éste (como los horarios, las pagas...). Si se utiliza el castigo se debe explicar el motivo al niño. Ni el premio ni el castigo se deben utilizar de forma continua. Se deberán criticar las acciones, no al niño. Además es importante no mostrar desacuerdo delante de éste e ir asignándole responsabilidades poco a poco (que recoja la mesa...). Para manejar las rabietas, será importante evaluar el reforzamiento de la atención que las está manteniendo y eliminarlo. Por último, se explicará en la sesión en qué consiste la economía de fichas.

“Consejos para una buena comunicación con los hijos”

Será necesario utilizar la escucha activa; ponerse en su lugar; hablarle de tu infancia; manejar los turnos de palabra para que él hable más; hacerle partícipe en algunos temas familiares; centrarse en la comunicación positiva y reforzar sus esfuerzos; imponerle a él y a ti mismo un tiempo de reflexión en una discusión (por ejemplo, mediante la técnica de tiempo fuera); ante una crítica ofrecer la posibilidad de cambiar de comportamiento (que lo intente pensar él); no le compares ni le juzgues; no hagas afirmaciones radicales (nunca, siempre...); utiliza preguntas abiertas para fomentar su pensamiento crítico y técnicas asertivas; enséñale a sostener sus criterios y fomenta su autoestima, mostrándole afecto incondicional.

“Rol-playing”

Se practicará lo abordado pidiéndoles que salgan varias parejas voluntarias y mientras uno hace de hijo y el otro de padre, se representarán las siguientes situaciones:

- Tu hijo quiere salir con sus amigos una noche, ha venido un amigo que hace mucho que no ve y tiene muchas ganas, pero se le recuerda que hay una cena familiar a la que no debe faltar.
- Un profesor de tu hijo ha llamado a casa, dice que está suspendiendo muchos exámenes.
- Tu hijo pasa demasiadas horas viendo la televisión y quieres buscar con él otras formas de pasar el tiempo por las tardes.
- Tu hijo te echa en cara que vuelve muy pronto por las tardes, dice que está al lado de casa y que a sus amigos les dejan más tiempo, te pide más tiempo.

Anexo 29. Cuestionario de satisfacción del programa

Edad:

Sexo:

1. ¿Cómo valorarías los contenidos del programa?

Nada adecuados 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy adecuados*

Justificación: _____

2. De los contenidos que se han tratado ¿Cuáles te han parecido más interesantes?

3. ¿Qué más te habría gustado que se hubiera abordado?

4. ¿Cómo valorarías la metodología empleada?

Nada adecuada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy adecuada*

Justificación: _____

5. ¿Cómo valorarías la actuación de los terapeutas?

Nada adecuada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy adecuada*

Justificación: _____

6. ¿El programa respondió a tus expectativas?

Nada *Algo* *Bastante* *Mucho*

7. Valora el programa del 1 al 10: _____

8. Valora su satisfacción con éste del 1 al 10: _____

9. Otros comentarios: _____
