



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

 **Facultad de
Psicología y Logopedia**

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS/LOS PACIENTES DURANTE SUS TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Tesis doctoral presentada por:

RUTH ELIZABETH ABAD VILLAVICENCIO

Directoras:

Dra. CARMEN DASÍ VIVÓ

Dra. MÓNICA ROMEU VILLARROYA

Dra. INMACULADA FUENTES DURÁ

Valencia, Enero de 2021

AGRADECIMIENTOS

Esta Tesis es el resultado del esfuerzo de muchas personas, ha sido posible realizarla gracias al apoyo incondicional de mi familia ecuatoriana y española y a la dedicación incesante de mis tutoras.

Un inmenso agradecimiento a mis tres tutoras, a la Dra. Carmen Dasí Vivó, Dra. Mónica Romeu Villaroya y Dra. Inmaculada Fuentes Durá, que con el paso del tiempo se han convertido en un mi familia académica, una fuente de inspiración y de aliento.

Es incalculable la gratitud hacia mis padres, Francelina y Luis Enrique, quienes han hecho posible de muchas formas que este sueño se vaya haciendo realidad, su confianza en mí y su apoyo incesante me han mantenido en pie.

No me puedo olvidar del personal de la Unidad de Reproducción Humana Asistida del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, a los/las médicos/as, enfermeras, auxiliares quienes nos facilitaron mucho el trabajo dentro del hospital y, especialmente, a los/las pacientes que formaron parte de esta investigación, su entrega y colaboración son invaluable.

Por último, agradecer a mis amigas y amigos, los cuales han estado presentes en los altibajos de esta experiencia. Un agradecimiento especial a Borja, gracias por brindarme tu mano y un sostén inigualable durante esta etapa.

Girl, we really did that!

ÍNDICE

RESUMEN

I. MARCO TEÓRICO	13
1. LA INFERTILIDAD HUMANA	15
1.1. La Fertilidad	17
1.2. La Infertilidad en la actualidad	18
1.3. Causas de la Infertilidad	21
1.3.1. Causas de la Infertilidad femenina	21
1.3.2. Causas de la Infertilidad Masculina	25
1.4. Factores de riesgo	27
1.4.1. Consumo de tabaco, alcohol, y drogas	27
1.4.2. El bajo peso y la obesidad	28
1.4.3. Factores medioambientales	29
1.5. Evaluación y diagnóstico	30
1.5.1. Estudio de la Infertilidad en la mujer	31
1.5.2. Estudio de la Infertilidad en el hombre	33
1.6. Técnicas de Reproducción Asistida	35
1.6.1. Coito Dirigido	36
1.6.2. Estimulación Ovárica	37
1.6.3. Inseminación Intrauterina	38
1.6.4. Fecundación in Vitro (FIV)	38
1.6.5. Inyección Intracitoplasmática (ICSI)	41
1.6.6. Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP)	42
1.6.7. Donación de óvulos, semen, y embriones	42
1.6.8. Trasplante de Útero y Maternidad Subrogada	44
1.7. Eficacia de las Técnicas de Reproducción Asistida	46
1.8. Riesgo perinatal y complicaciones	47
2. ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA	49
2.1. Ansiedad	49
2.2. Estado de Ánimo	52

2.3. Estrés Emocional específico de la Infertilidad	55
2.4. Antes, durante y después de las TRA: Diferencias de género	59
2.4.1. Antes de la FIV	59
2.4.2. Durante la FIV	62
2.4.3. Después de la FIV	65
2.5. Impacto del Estrés Emocional en el abandono de las TRA	71
2.6. La Calidad de Vida de los/las pacientes en Reproducción Asistida	73
2.7. El Apoyo Social	77
2.8. Necesidad de Apoyo Psicosocial vs búsqueda de apoyo real	79
3. ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD	82
3.1. Intervenciones Psicológicas en procesos de fertilidad	85
3.2. Cuidado Centrado en el Paciente y Cuidado Psicosocial	93
3.3. Programas de Intervención Psicológica en Infertilidad	98
3.3.1. Programa Mente y Cuerpo para la Infertilidad	100
3.3.2. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	102
3.3.3. Programa de Intervención Grupal Cuerpo-Mente	105
3.4. Intervención Psicológica al finalizar las TRA	107
3.5. Parejas homosexuales en Reproducción Asistida	108
3.6. Mujeres solteras en Reproducción Asistida	111
II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	113
4. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	115
4.1. Justificación del estudio	115
4.2. Objetivos	116
4.3. Hipótesis de trabajo	118
5. MÉTODO	120
5.1. Ámbito del estudio	120
5.2. Diseño del estudio	122
5.3. Instrumentos de Medida	122
5.4. Participantes	130

5.4.1. Reclutamiento y selección de la muestra	130
5.4.2. Descripción de la muestra	132
5.5. Procedimiento	136
5.5.1. Programa de intervención	138
5.6. Análisis estadísticos	148
6. RESULTADOS	151
6.1. Primera Hipótesis	154
6.2. Segunda Hipótesis	159
6.3. Tercera Hipótesis	163
6.4. Cuarta Hipótesis	165
6.5. Quinta Hipótesis	168
6.6. Sexta Hipótesis	170
6.7. Séptima Hipótesis	174
7. DISCUSIÓN	182
8. CONCLUSIONES	205
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	208
Listado de Abreviaturas	225
ANEXOS	227

RESUMEN

El término Infertilidad Humana se refiere a la no consecución del embarazo después de 12 meses de mantener relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos. Ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública a nivel global, y aunque existe un alto número de personas con infertilidad, aproximadamente tan sólo la mitad de estas personas buscan tratamientos médicos para lograr concebir. Las personas que se someten a Tratamientos de Reproducción Asistida (TRA) pasan por una serie de etapas en las que sufren distintos tipos de cambios, tanto en su estado físico como emocional. La literatura muestra que durante los tratamientos las mujeres presentan niveles de sintomatología ansiosa y depresiva más altos que la norma. También se ha descrito la presencia de sentimientos de culpa, enojo y aislamiento social tanto en la mujer como en el hombre. Debido a esto, la atención y cuidado psicológico de las personas infértiles debe ser una prioridad dentro de las unidades de reproducción humana de los hospitales, con vistas a conseguir los mejores resultados posibles en dichos tratamientos.

En este estudio se han planteado dos objetivos principales. El primero se centra en hacer, mediante un estudio descriptivo transversal, una descripción del perfil emocional de las personas que se someten a los TRA, evaluando también las interacciones entre factores socio-demográficos y clínicos. El segundo objetivo aborda la elaboración e implementación de un programa psicoeducativo breve para pacientes sometidos/as a un TRA, así como la evaluación de su eficacia en la mejora de su calidad de vida y su estado emocional mediante un Ensayo Clínico Aleatorizado.

En los resultados de esta investigación se ha observado que el perfil emocional de los/as participantes no presenta puntuaciones extremas o indicadoras de patología, y la calidad de vida se encuentra dentro del rango habitual. Sin embargo, los niveles de la ansiedad estado de las mujeres se encuentran elevados al inicio del tratamiento y ciertos aspectos de la calidad de vida, como el estado emocional, la percepción de bienestar del cuerpo, la mente, y de la relación de pareja también están afectados. Además, se han evidenciado diferencias de género/rol en cuanto al estado emocional de las mujeres y sus parejas masculinas. Con

relación al segundo objetivo, se ha mostrado la eficacia de la aplicación de un programa psicoeducativo breve durante los TRA de los/as pacientes. En la evaluación final de los resultados se ha encontrado un tamaño del efecto de la intervención considerablemente alto en todas las áreas estudiadas. Las opiniones proporcionadas por los/as pacientes que asistieron a las sesiones de intervención van en la misma línea. El estado de ánimo de estos pacientes mejoró, sus niveles de sintomatología ansiosa, tanto en estado como en rasgo, disminuyeron y su calidad de vida se incrementó en todas las esferas evaluadas; por el contrario, los/as pacientes que no asistieron a las sesiones de intervención mantuvieron sus niveles iniciales tanto de ansiedad estado-rasgo, como de estado de ánimo y se observó una disminución en su calidad de vida a nivel relacional y social. Por tanto, los datos obtenidos en el presente estudio permiten afirmar la utilidad de la intervención psicoeducativa breve que se ha diseñado para los/las pacientes sometidos/as a un TRA, sobre todo para las mujeres.

I. MARCO TEÓRICO

1. LA INFERTILIDAD HUMANA

La INFERTILIDAD HUMANA es una afección única, en el sentido de que, a diferencia del resto de problemas de salud, no supone una amenaza para la vida, sino para el proyecto de vida de las personas, del mismo modo, involucra o afecta generalmente a una pareja y no sólo a una persona, aunque en la actualidad muchas mujeres acudan solas a los TRA. Kuohung y Hornstein (2019) la definen como la incapacidad de concebir después de 12 meses de coito regular sin protección anticonceptiva en mujeres menores de 35 años, y después de seis meses en mujeres mayores de 35 años. La definición clínica de la OMS sostiene que es una enfermedad del aparato reproductivo que se caracteriza por la incapacidad de consecución de un embarazo clínico, después de 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin anticoncepción (Zegers-Hochschild et al., 2009).

En medicina una enfermedad se define por la presencia de una serie de síntomas o trastornos. Se denomina infertilidad a la no consecución de un embarazo a causa de una alteración en el funcionamiento de determinado órgano o sistema. (Matorras y Crisol, 2011). Se considera también a la infertilidad como un estado en el que la capacidad de procrear está disminuida, pero no necesariamente ausente; es decir, muchas personas infértiles logran concebir, pero no se alcanza el nacimiento de un/a hijo/a vivo/a. Por otra parte, no se debe confundir con el término ESTERILIDAD, que se refiere a la incapacidad de las personas para conseguir la fecundación e implantación del embrión.

En contraste, el término FECUNDIDAD se refiere a la probabilidad de conseguir un embarazo en un ciclo menstrual. Este es un descriptor más preciso porque reconoce la variedad de grados de infertilidad que pueden existir. También ha resultado útil para determinar los parámetros de fertilidad normal (Kuohung y Hornstein, 2019). La fecundidad de la mujer decrece con el paso del tiempo y con el incremento de su edad, dado que las mujeres nacen con todos los folículos que tendrán en su vida, los folículos disminuyen gradualmente, hasta que la menstruación se retira. La reserva ovárica comienza a disminuir a partir de los 35 años, y lo hace de forma más marcada a los 37 años. (Findlay, Hutt, Hickey y Aderson, 2015). Se sabe que, a la llegada de la menopausia, la mujer todavía tiene folículos en los

ovarios, pero, por motivos aún desconocidos, no llegan a activarse (Valenzuela, Arteaga, Pou y Villaseca, 2016). En los primeros seis meses de intentar la concepción espontánea, el 80% de parejas lo conseguirá, a los 12 meses, lo conseguirá aproximadamente el 85% y a los 36 meses, aproximadamente el 50%, según los datos de Hornstein, Gibbons y Schenken (2018).

La infertilidad puede ser Primaria o Secundaria. La primera se refiere a cuando tanto la mujer como el hombre no tienen antecedentes de embarazos ni descendencia previa. Se considera infertilidad Secundaria cuando alguno de los miembros de la pareja ha tenido algún/a recién nacido/a vivo/a con una pareja anterior pero que, con la actual, no consigue concebir. Sus causas son varias y se detallan en el siguiente apartado. Esta condición también puede no tener causas aparentes, ninguno de los miembros de la pareja puede tener una patología que demuestre la causa de la dificultad para concebir, considerándose idiopática, o, por otra parte, los dos pueden tener condiciones físicas que estén impidiendo la concepción, en este caso se considera que la pareja tiene un diagnóstico de Infertilidad Mixta.

Se trata de un problema frecuente que afecta a una de cada seis parejas en el mundo (Brugo, Chillik y Kopelman, 2001; World Health Organization, 2009). La tasa de infertilidad en población en edad fértil en España está en el 17%, (Alamá y Remohí, 2011), habiendo aumentado en dos puntos desde el año 1999, por lo que su crecimiento es progresivo a medida que transcurre el tiempo. Las causas del incremento en la prevalencia de la infertilidad no han sido establecidas; sin embargo, autores como Brugo et al. (2003) atribuyen este aumento a dos factores principales: la postergación del momento en que se decide tener hijos/as, ya que el aumento de la edad femenina es inversamente proporcional a su fecundidad (Moreno-Rosset, 2009), y las alteraciones en la calidad del semen debido a hábitos tóxicos.

La infertilidad es un acontecimiento vital estresante para la persona. Afecta su autoimagen y causa dificultades en la relación con su pareja y con el entorno en el que se desenvuelve (El Kissi et al. 2013). Para una persona, enfrentarse a la imposibilidad de tener un hijo/a biológico/a causa decepción, al ver sus deseos y expectativas frustradas, así como su proyecto de vida transitoria o definitivamente interrumpido. Las personas se enfrentan a un

desafío al plan de vida que habían proyectado (Llavona, 2008). La infertilidad está asociada con una baja calidad de vida (Bhat, 2016) y las respuestas emocionales incluyen: sintomatología depresiva y ansiosa, estrés específico de la infertilidad, trastorno por estrés post traumático, y Desajuste Emocional (DE). Estos problemas pueden permanecer hasta 20 años después de un TRA sin éxito.

1.1. La Fertilidad

La fertilidad depende de la edad. Tanto mujeres como hombres adquieren la capacidad reproductiva en la adolescencia (aunque los primeros ciclos de la mujer suelen o pueden ser anovulatorios) cuando la maduración del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal adquiere la maduración necesaria. Para que exista una fertilidad normal, tanto el cuerpo de las mujeres como el de los hombres tiene que estar dotado de ciertas funciones. Las mujeres nacen con un número determinado de folículos, que desde el nacimiento disminuye continuamente, hasta llegar a la menopausia. Durante sus años reproductivos, por mecanismos gonodotro-po-independientes y aún desconocidos, un número de folículos proporcional al número de folículos total contenido en ambos ovarios y conocido como cohorte folicular inicia su desarrollo. Tras cada menstruación, los niveles circulantes de FSH producida por la adenohipófisis estimulan la cohorte folicular para que crezca y madure. Los folículos en desarrollo producen estrógenos que, mediante un mecanismo de retroalimentación negativa, provocan la disminución de los niveles de FSH circulantes. Este mecanismo de dominancia folicular hará que el estímulo de crecimiento llegue solamente al folículo biológicamente mejor dotado, es decir con mayor número de receptores de FSH. El resto de los folículos de la cohorte está destinado a su desaparición por un mecanismo de atresia folicular. El folículo dominante se romperá en el momento de la ovulación de forma que el ovocito será captado y conducido por la trompa de Falopio, el cual, si llega a ser alcanzado por algún espermatozoide, podrá ser fecundado. Errores en el proceso de selección y dominancia folicular son los responsables de los gemelos no idénticos. El ovocito fecundado en la ampolla tubárica dará lugar a un embrión que carece de capacidad de movilidad. La peristalsis tubérica (contracciones musculares) será la que, al igual que propulsó el ovocito hacia el espermatozoide, impulsará al embrión hacia la cavidad uterina. Se producirá el embarazo si el embrión es capaz de implantar

en el endometrio que tapiza la cavidad uterina, si no se produce el embarazo, la producción hormonal del cuerpo lúteo decae y el endometrio se desprende y mezclado con la sangre que se derrama al desprenderse sale como flujo menstrual. Esta caída de hormonas estroprogestativas producidas por el cuerpo lúteo permiten que la FSH hipofisaria vuelva a elevarse y el ciclo comienza una vez más (Hornstein y Gibbons 2018). Cuando el embrión ha implantado, el trofoblasto comienza a producir hormonas que mantienen la función del cuerpo lúteo el tiempo suficiente para que se forme la placenta quien toma el relevo del cuerpo lúteo y éste ya no es indispensable para la gestación. Por otra parte, la fertilidad en los hombres requiere el funcionamiento normal del hipotálamo, la hipófisis y los testículos. La finalidad de este funcionamiento es la producción de espermatozoides capacitados para la fecundación de un ovocito, y consiguiente formación de un embrión.

Del mismo modo, el momento en el que se tienen relaciones sexuales dentro del ciclo menstrual de la mujer influye fuertemente en la posibilidad de concepción. Hornstein, Gibbons y Schenken (2018) indican que la probabilidad más alta de concepción se consigue en el primer o segundo día previos a la ovulación; sin embargo, los días fértiles varían según cada mujer. Se estima que son los cuatro días anteriores a la ovulación, incluyendo el día de ovulación. También se dice que el ovocito tiene una vida media de 24 horas y que los espermatozoides dentro del tracto reproductor femenino hasta 72 horas.

1.2. La Infertilidad en la actualidad

La infertilidad tiene importantes implicaciones psicológicas, sociales, económicas, demográficas y médicas. La demanda de los servicios médicos relacionados con la infertilidad ha aumentado substancialmente en los últimos años (Kuohung y Hornstein, 2019). Existe un descenso de la tasa de fertilidad a nivel mundial. En el 2010, el 1,9% de mujeres entre 20 y 44 años que deseaban tener un/a hijo/a, no lo consiguieron. Alamá y Remohí (2011) indican que una de cada siete parejas en edad reproductiva va a tener dificultades para procrear espontáneamente. En la población general existe un desconocimiento acerca de la infertilidad, su prevalencia y sus causas. La evidencia señala que las personas desconocen los aspectos biológicos de la concepción, y a menudo sobreestiman las posibilidades de embarazo de cada ciclo menstrual (Bunting, Tsibulsky y Boivin, 2012). Ha sido señalado que las mu-

eres sobrevaloran la capacidad reproductiva por el miedo a los embarazos no deseados en la etapa de la adolescencia, la historia de fertilidad familiar y la información poco veraz que difunden familiares, amistades y medios de comunicación (Mac Dougall, Beyene y Nachtigal, 2012).

La infertilidad puede ser abordada desde una perspectiva médica y demográfica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definición epidemiológica de infertilidad es: “mujeres en edad reproductiva en riesgo de quedarse embarazadas que reportan intentos de embarazo sin éxito por más de dos años”, citado en Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel y Stevens (2012). Estos autores intentan encontrar un perfil acertado de la prevalencia, la distribución y las tendencias de la infertilidad para elaborar intervenciones y políticas basadas en la evidencia. En su estudio encontraron que 48,5 millones de parejas en el mundo eran infértiles. Por otra parte, Boivin, Bunting, Collins y Nygren publicaron en 2007, un artículo en el que se estimó la prevalencia de la infertilidad a nivel global. El número de personas infértiles era de 72.4 millones, de las cuales, en promedio 40.5 millones se encontraban buscando atención médica para la infertilidad. Esta diferencia puede deberse a que el estudio de Mascarenhas et al. (2012) comprendía el nacimiento de un bebé vivo, no solo el embarazo, y el periodo de espera del resultado era de 5 años de unión con una pareja, no de 12 meses como en el estudio de Boivin et al. (2007).

En el mundo, la prevalencia de la infertilidad es mayor en Europa de Este, en el Norte de África, en Oriente Medio, en Oceanía y en África Subsahariana (Kuohung y Hornstein, 2019; Mascarenhas et al., 2012). Mascarenhas et al. (2012) atribuyen esta prevalencia a Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) no tratadas, infecciones causadas por abortos y prácticas obstétricas precarias. En muchos países existe disparidad en el uso de las TRA. Por ejemplo, la seguridad social de la mayoría de los países no cubre los tratamientos avanzados de Reproducción Asistida (RA). Sólo los países de Europa Occidental, Australia, Israel, Corea, y algunos estados de EE.UU. cubren total o parcialmente las TRA. Además, su acceso se encuentra limitado por la edad de la mujer, el número de hijos/as previos, y el número de intentos de tratamientos (Matorras y Crisol, 2011). En países como Japón o EE. UU, el coste de los tratamientos fluctúa entre el 12% al 50% de los ingresos anuales de las perso-

nas, y en China o India el coste de un tratamiento de Fecundación In Vitro (FIV) puede ser más del 50% de los ingresos brutos anuales.

En Europa la tasa de fertilidad se encuentra en 1,59 hijos/as por mujer, valor considerablemente inferior al de 2,1, necesario para mantener la tasa de recambio poblacional. Las tasas de fertilidad europeas han bajado constantemente desde el último gran “baby boom” en 1960. En la actualidad esto conlleva problemas socioeconómicos: poblaciones envejecidas que requieren asistencia del estado, y necesidad de crecimiento económico. Como resultado de estas cifras, la proporción de personas en edad de trabajar está decreciendo, mientras el número de personas mayores de 65 años que se jubilan crece. Acorde con las cifras de Eurostat (2018), este crecimiento que empezó hace varias décadas continuará en las décadas venideras. Las mujeres tienen menos hijos/as cuando son jóvenes, y empiezan a procrear cuando son mayores. En mayo de 2020 la media de edad en la que las mujeres dan a luz fue de 29,3 años, y se puede observar una clara tendencia de retrasar voluntariamente el plan reproductivo (Eurostat, 2020).

Las cifras en España se encuentran dentro de las más bajas a nivel europeo. Las mujeres españolas comienzan a tener hijos/as a los 31 años y tienen una media de 1,31 hijos/as cada una (Eurostat, 2018). Según las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018a), la edad media a la maternidad es de 32 años. El 46% de mujeres españolas menores de 40 años reportaron el retraso de la maternidad de dos a tres años, el 29% de cuatro a cinco años, y el 28% de seis años en adelante. En el 2018 el 25% de mujeres en España informaron en una encuesta nacional que retrasaron el nacimiento de su primer hijo/a biológico/a debido a que no tenían una relación sentimental estable, el 22% por razones laborales, el 15% porque todavía no se encontraba preparada, el 13% por razones de salud, otro 13% por motivos económicos, y el 3% porque no tenía un consenso con su pareja (INE, 2018b).

Las cifras de demanda de TRA en las mujeres menores de 40 años, que nunca han estado embarazadas, y desean estarlo son las siguientes: el 44% lleva un año o menos intentándolo, el 36% de 1 a 3 años, y el 20% lleva más de 3 años. Por otra parte, el 38% de las mujeres mayores de 40 años, lleva menos de un año intentando, el 35% de uno a tres años,

y el 27% más de tres años (INE, 2018c). Por último, los datos del INE (2018d) sobre mujeres que acuden a los TRA para conseguir un embarazo, señalan que el 61% de mujeres menores de 40 años se encuentran realizando el primer ciclo de FIV o Inyección Intracitoplasmática (ICSI), el 27% en Inseminación Artificial (IA), y el 12% en otros tratamientos médicos. El 75% de las mujeres mayores de 40 años se encuentran en el primer ciclo de FIV o ICSI, el 10% en IA, y el 15% en otros tratamientos médicos. Estos datos demuestran la demanda de parejas y mujeres hacia los Servicios de Reproducción Asistida, siendo la técnica más demandada la Fecundación In Vitro y la ICSI. Estos datos coinciden con los obtenidos en otros estudios como la investigación de Mirasol en 2015, que indicó el incremento de la demanda de TRA en mujeres y hombres mayores de 35 años.

1.3. Causas de la Infertilidad

Las causas de la Infertilidad son múltiples. Hornstein y Gibbons (2018) afirman que existen algunos factores en el estilo de vida que pueden tener efectos pequeños pero acumulativos que prolongan el tiempo en que la pareja está intentando quedarse embarazada, factores de riesgo en el medio ambiente donde las personas trabajan y, componentes genéticos, entre otros. Es relativamente fácil encontrar la causa de la infertilidad de la pareja, el 75% de parejas tienen causas fisiológicas. En las mujeres son muy comunes los desórdenes ovulatorios o enfermedades tubáricas, y en los hombres, por lo general anomalías en el semen. En el 25% restante, se trata de endometriosis (8%), causas mixtas, por ejemplo, factores cervicales, inmunológicos, adherencias uterinas (2%) y, por último, el 15% se queda sin explicación. En un estudio de la OMS con 8500 parejas infértiles, se encontró que el 37% se debía a factor femenino, el 8% a factor masculino, a factor mixto un 35%, y el resto de las parejas no tenían causa reconocible, o se quedaron embarazadas durante el estudio (Kuohung y Hornstein, 2018c). La causa identificable más común son los factores femeninos, que se detallan a continuación.

1.3.1. Causas de la Infertilidad femenina

Según Kuohung y Hornstein (2018a) el 81% de la infertilidad femenina se debe a los siguientes factores:

Desórdenes ovulatorios (25%). La ovulación irregular o ausencia de ovulación, resulta en infertilidad debido a que el ovocito no está accesible para ser fecundado todos los ciclos. El envejecimiento de los ovocitos afecta a la fertilidad femenina ya que al bajar el número y la calidad de los gametos hay un descenso de la fecundabilidad, este descenso se acelera cuando la mujer se encuentra entre los 35 y 40 años.

Endometriosis (15%). Los mecanismos que reducen la fertilidad en las mujeres con endometriosis incluyen distorsiones anatómicas como adherencias pélvicas, daño al parénquima del ovario debido a la formación de endometriomas y su extracción quirúrgica, producción de sustancias inflamatorias que impiden los procesos normales de ovulación, fecundación e implantación.

Adherencias pélvicas (12%) y obstrucción de trompas (11%). La patología tubárica y las adherencias pélvicas impiden el transporte normal del ovocito y los espermatozoides hacia la cavidad uterina. La causa principal de la infertilidad por enfermedad tubárica es la Enfermedad Inflamatoria Pélvica que es una infección debida a algunas ETS no tratadas.

Hiperprolactinemia (7%). Las mujeres con esta patología no ovulan adecuadamente ya que esta condición inhibe la producción de gonadotropina y estrógenos.

Kuohung y Hornstein (2018a) no especifican en su publicación el porcentaje de las causas de infertilidad femenina mencionadas a continuación:

Causas uterinas. El fallo de implantación es causado por una receptividad reducida del endometrio, causas fisiológicas uterinas, y otras anomalías mullerianas, como un útero septo o la presencia de pólipos o miomas.

Factores cervicales. Al existir una patología cervical, no hay una producción normal del moco en la mitad del ciclo menstrual que facilita el paso de los espermatozoides, también pueden existir anticuerpos anti-espermatozoides en el moco cervical que destruyan aquellos espermatozoides que intenten atravesarlo. Lo cual perjudica a la fertilidad de la mujer.

Factores del sistema inmunológico. Las mujeres que padecen algunas enfermedades autoinmunes se encuentran en alto riesgo de sufrir infertilidad, existen síndromes que derivan en rechazo inmunológico tanto al embarazo como a la implantación del embrión, y daño a la placenta.

Causas genéticas. Las parejas infértiles han mostrado tener una mayor prevalencia de anomalías del cariotipo (trisomías, mosaicos, translocaciones, etc.) que la población en general. Los síndromes más comunes relacionados con la infertilidad son el Síndrome de Turner en mujeres y el Síndrome de Klinefelter en varones.

Infertilidad Idiopática. Es el diagnóstico que se les da a las parejas que han pasado por una evaluación exhaustiva, sin encontrar causa alguna. La infertilidad probablemente está provocada por anomalías sutiles en las funciones del ovario, del endometrio o por leves alteraciones en el desarrollo del folículo y en el proceso de ovulación.

Fallo ovárico precoz. Caracterizado por la pérdida de ovocitos, el cese prematuro del desarrollo folicular y la secreción de estrógenos.

Síndrome de ovario poliquístico. La mayor parte de mujeres anovulatorias padecen este síndrome, es un trastorno en el que la mujer tiene niveles muy altos de andrógenos, lo que lleva a una alteración hipotalámica/pituitaria y al mal funcionamiento de los ovarios, que no liberan los óvulos maduros (anovulación).

Baja reserva ovárica (BRO). La reserva ovárica representa la capacidad funcional del ovario, y el número y la calidad de los ovocitos de una mujer. Generalmente una mujer con BRO es una mujer en edad reproductiva que tiene menstruaciones regulares, pero fecundidad reducida y baja respuesta a la estimulación ovárica en comparación a otras mujeres de su misma edad (Morin et al., 2018).

A medida que avanza la edad de la mujer, también aumenta el porcentaje de infertilidad ligada a la edad. En el siguiente apartado se detalla con más precisión este tema.

La Infertilidad en mujeres de avanzada edad

Se conoce comúnmente que, a diferencia de los hombres, la fertilidad es inversamente proporcional a la edad de la mujer, especialmente mediada la treintena, y que las mujeres que logran concebir tienen más riesgo de tener complicaciones durante el embarazo. Fretts (2018) manifiesta que la tendencia de retrasar la natalidad se debe en parte a mayores oportunidades de formación profesional, y mejores oportunidades laborales. En varias encuestas, las mujeres expresan un deseo de cursar una carrera, tener metas para su formación profesional, metas personales, deseos de estabilidad financiera, y también tener una relación estable con una pareja antes de plantearse tener hijos/as (SEF, 2016).

Sabatini (2018), la autora de *Evaluation and management of women of advanced age* puntualiza que el declive de la fertilidad es multifactorial. En primer lugar, como se ha mencionado antes, las mujeres nacen con un número determinado de ovocitos, el cual va mermando al tiempo que la mujer envejece; la calidad de estos ovocitos también decrece disminuyendo su capacidad de corregir errores en la división celular. En segundo lugar, en el ciclo menstrual el proceso de selección de un folículo dominante para la ovulación no excluye a los ovocitos genéticamente anormales; por lo tanto, mientras la mujer va madurando, el número de estos ovocitos se incrementa, lo que resulta en baja fertilidad y alto riesgo de aborto espontáneo. Adicionalmente, factores externos como, fumar, la exposición a ambiental a agentes tóxicos, algunos procedimientos médicos quirúrgicos, pueden comprometer la calidad de los ovocitos y la reserva ovárica de la mujer.

Las mujeres mayores, al igual que las muy jóvenes, se encuentran en riesgo de complicaciones durante la etapa temprana del embarazo, sin embargo, su riesgo puede ser más alto para algunos de los problemas descritos a continuación:

Abortos Espontáneos. Dados por la baja calidad del óvulo, cambios en la función hormonal y uterina y aumento de la frecuencia de anomalías cromosómicas.

Embarazos Ectópicos. Son la mayor causa de muerte materna en etapas tempranas del embarazo, y pueden reflejar la acumulación de factores de riesgo.

Anormalidades Cromosómicas. El estudio de los análisis del cariotipo de los abortos espontáneos, terminaciones del embarazo, amniocentesis genéticas, y bebés nacidos/as vivos/as y muertos/as demuestran el riesgo del incremento de defectos genéticos en mujeres de avanzada edad.

Malformaciones congénitas. El riesgo de tener un bebé con malformaciones congénitas también puede incrementarse con la edad de la madre.

Del mismo modo, en la última etapa del embarazo también existen complicaciones ligadas a la edad de la madre, algunas complicaciones obstétricas están vinculadas al proceso de envejecimiento en sí mismo, mientras otras están relacionadas a factores coexistentes, como un embarazo múltiple, y enfermedades crónicas preexistentes. Fretts (2018) explica que las principales complicaciones en esta etapa son la presencia de placenta previa, diabetes durante el embarazo, preeclampsia, parto por cesárea, las mismas que pueden resultar en el nacimiento de bebés prematuros, e incrementar el riesgo de la muerte perinatal.

Finalmente, Mirasol (2015) señala que la edad materna avanzada no es relevante solamente con relación al concepto de concepción espontánea o asistida; sino también para los resultados perinatales. Además, advierte la existencia de la falsa creencia de que el avance de las TRA puede restituir la mengua de la fertilidad relacionada con la edad, variable que continúa siendo determinante en la fertilidad femenina.

1.3.2. Causas de la Infertilidad Masculina

Más del 80% de hombres infértiles, presenta baja calidad y concentración de espermatozoides, o un incremento en espermatozoides con morfología anormal. Esto demuestra que ésta es la principal causa de infertilidad masculina según Anawalt y Page (2018b). A diferencia de las mujeres, la edad de los hombres no es un factor de riesgo tan pronunciado para

sufrir de infertilidad, aunque si se ha relacionado la edad paterna avanzada con un mayor riesgo para la descendencia de presentar trastornos del espectro autista.

Las causas de la infertilidad masculina se dividen en 4 áreas:

Defectos testiculares primarios en la espermatogénesis (65-80%). La más común es la dispermatoogénesis idiopática, término que se refiere a la mayoría de los hombres infértiles que tienen anomalías en el recuento de espermatozoides, en su morfología, y motilidad, y no tienen una causa identificable. Entre los desórdenes genéticos que afectan la espermatogénesis están los defectos de los cromosomas X e Y. El hipogonadismo primario es una causa importante para la azoospermia y la oligozoospermia. Entre las enfermedades congénitas y del desarrollo encontramos el Síndrome de Klinefelter y hombres con antecedentes de testículo no descendido a la bolsa escrotal y que por tanto persiste en la cavidad abdominal con el consiguiente riesgo de malignización. Entre las enfermedades adquiridas el varicocele, las infecciones, la radiación y el uso de ciertas drogas.

Infertilidad idiopática masculina (10- 20%). Describe a un hombre con análisis de semen normal, y sin causa aparente de infertilidad.

Desórdenes en el transporte del espermatozoides (5%). El epidídimo y los conductos deferentes forman parte del sistema de transporte del semen, cualquier anomalía en estas estructuras podría causar infertilidad. La ausencia, el mal funcionamiento, o la obstrucción conduce a infertilidad, aunque la producción de semen sea normal. La obstrucción de los conductos deferentes puede ser el resultado de infecciones como gonorrea, clamidia, o tuberculosis. Mientras que la ligadura de los mismos (vasectomía) es intencional e induce médicamente la infertilidad en hombres. Los trastornos en los conductos eyaculadores, y alteraciones sexuales como la disfunción eréctil, eyaculación precoz, e infrecuencia en el coito, son factores que contribuyen a la infertilidad.

Desórdenes endócrinos (2-5%). Normalmente relacionados con hiper/hipotiroidismo. Cualquier enfermedad del hipotálamo o la pituitaria puede causar anomalías en la produc-

ción de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), o deficiencia de gonadotropina, y por lo tanto infertilidad. Estos padecimientos pueden ser congénitos, adquiridos, o sistémicos. Entre los desórdenes congénitos, encontramos desajustes genéticos asociados con defectos en la producción y función de la hormona GnRH. En cuanto a enfermedades adquiridas, cualquier enfermedad hipotalámica o pituitaria puede causar infertilidad dañando las neuronas de GnRH en el hipotálamo y las células gonadotrópicas en la pituitaria. Entre estas destacan: tumores, traumas en la cabeza, radiación intracraneal, lesiones vasculares y desequilibrios endocrinos. Dentro de los trastornos sistémicos que pueden afectar a la fertilidad masculina están las deficiencias nutricionales crónicas y cualquier enfermedad sistémica combinada con hipogonadismo primario.

1.4. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo estudiados se va a considerar el consumo de tabaco y de sustancias psicotrópicas, el bajo peso y la obesidad y la incidencia de ciertos factores medioambientales.

1.4.1. Consumo de tabaco, alcohol, y drogas

El consumo de tabaco, en ambos miembros de la pareja, ha sido asociado a la infertilidad. Algunos estudios sugieren que después de un año de cese del hábito, la fertilidad puede ser restablecida. También analizan el impacto del tabaquismo en la fertilidad teniendo en cuenta el número de cigarrillos que se fuman al día. En la mujer se considera que fumar más de 10 cigarrillos diarios afecta su fecundidad y, en comparación con mujeres no fumadoras, la diferencia es estadísticamente significativa. Según datos de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (2012) los posibles mecanismos de infertilidad en fumadoras incluyen cambios en el canal cervical y en las trompas, daño a los gametos, incremento de abortos espontáneos y embarazos ectópicos. Adicionalmente, varios estudios vinculan el consumo del tabaco con la aparición precoz de la menopausia, lo que sugiere que el uso de tabaco puede estar relacionado con el descenso de la reserva ovárica, y envejecimiento precoz de los ovarios (Kouhung y Hornstein, 2018a). Los datos acerca de hombres fumadores

muestran que presentan menor concentración de espermatozoides hasta en un 20% (Anawalt y Page, 2018a). La calidad del semen (concentración de espermatozoides, la motilidad y morfología) también se encuentra afectada por el consumo de tabaco por parte del hombre, y de la misma manera, se ha encontrado un desequilibrio hormonal. Zitzman et al. (2003) estudiaron a la población subfértil evaluando el efecto del tabaco en el éxito de técnicas como FIV e ICSI, y reportaron un descenso importante en el número de embarazos conseguidos.

El consumo de alcohol y su relación con la infertilidad requiere más investigación; sin embargo, es recomendada la abstinencia durante la concepción y el embarazo, dado que no hay establecido un nivel seguro de consumo de alcohol en la etapa perinatal. En la mujer, varios estudios observacionales han indicado que las mujeres con un alto consumo de alcohol tienden a tardar más en conseguir un embarazo (Hornstein, Gibbons y Schenken, 2018). Los hombres que consumen alcohol en cantidades considerables tienden a tener desórdenes en la función gonadal, bajo nivel de testosterona, impotencia, y baja espermatogénesis. En un estudio de parejas que realizan ciclos de FIV, se encontró que, en las parejas que consumen más de cuatro bebidas alcohólicas al día, las probabilidades de conseguir un embarazo bajan hasta en un 21% comparado con parejas que consumen menos de dos bebidas al día (Rossi, Berry y Hornstein, 2011).

En cuanto al uso de drogas, se puede señalar que algunos opiáceos, drogas activadoras del sistema nervioso central, cannabinoides y drogas psicotrópicas, pueden inhibir la GnRH y la secreción de gonadotropinas, produciendo hipergonadismo (secreción excesiva de testosterona) e infertilidad. Por último, la literatura también indica que la administración de testosterona exógena, u otros esteroides androgénicos suprimen la producción de gonadotropina y por lo tanto afectan la espermatogénesis.

1.4.2. El bajo peso y la obesidad

Las mujeres con bajo peso y con obesidad se encuentran en riesgo de infertilidad, el índice de Masa Corporal (IMC) ideal para ambos miembros de la pareja es de 18 a 25 kg/m², ya que este rango no está asociado con ningún riesgo para la salud según Kuohung y Horns-

tein (2018d). La obesidad infantil en mujeres causa desajustes en el ciclo menstrual e infertilidad. Otros estudios en adultos muestran que un IMC mayor a 27, está relacionado con alteración ovulatoria, e incluso en mujeres con ovulación normal, pero con sobrepeso, tienen menos embarazos espontáneos y el tiempo para conseguirlo es más largo (Gesinc Law, Maclehose y Longnecker, 2007).

Kuohung y Hornstein (2018d) recomiendan bajar de peso, dado que un IMC apropiado aumenta la posibilidad de lograr un embarazo espontáneo y por lo tanto reduce la necesidad de iniciar un TRA, además de aportar beneficios a la salud en general a largo plazo. Del mismo modo, se debe señalar que un IMC >35 contraindica las TRA. Son necesarias modificaciones en el estilo de vida para bajar de peso, por ejemplo, el incremento en la actividad física y una dieta calórica adecuada. Por otra parte, Kuogung y Hornstein (2018d) aseguran que la asociación entre un bajo IMC y la infertilidad también está relacionada con la disfunción ovárica; las mujeres con bajo peso, particularmente las que hacen ejercicio excesivo, o tienen bajo consumo calórico, pueden tener amenorrea hipotalámica, debida a los niveles bajos de estrógenos, hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH). Las mujeres infértiles con bajo peso se pueden beneficiar de la subida de peso, que puede mejorar la frecuencia de la ovulación y por lo tanto la probabilidad de quedarse embarazadas.

La obesidad en hombres puede resultar en hipogonadismo hipogonadotrópico, con concentraciones bajas o inapropiadas de gonadotropina. Otros factores que también contribuyen son los síndromes metabólicos, la diabetes mellitus y la apnea del sueño.

1.4.3. Factores medioambientales

Los contaminantes ambientales, como disolventes y metales pesados, pueden tener efectos adversos en la fertilidad y en el embarazo. Anawalt y Page (2018b) advierten que entre los factores medioambientales que pueden afectar la fertilidad en hombres, están las toxinas en el ambiente, pesticidas, insecticidas y fungicidas, y algunos tipos de radiación ionizante que podrían causar cambios en el semen de forma multifactorial, incluyendo daño al ADN de las células germinales, motilidad y morfología anormal.

Acorde con estudios de Hornstein (2018) la hipertermia, o calor excesivo, ha demostrado afectar a la producción de espermatozoides. La exposición prolongada a altas temperaturas en la zona testicular, crisis febriles, permanecer sentado mucho tiempo durante el trabajo, conducción de camiones, la soldadura, ropa interior muy apretada, entre otras actividades que incrementan el calor de los testículos, están relacionadas con la pérdida de células germinales.

En la legislación española existe una clasificación de sustancias tóxicas para la reproducción humana en la que se recogen dos grupos de sustancias (Matorras y Hernandez, 2007):

1. Tóxicos para el desarrollo del embrión, capaces de afectar al embrión desde la concepción que se transmiten por vía placentaria.
2. Tóxicos para la fertilidad, de efectos gonadotrópicos que en exposición previa a la concepción pueden afectar a la fertilidad de mujeres y hombres. En este grupo encontramos tóxicos químicos, como hidrocarburos, pesticidas y fertilizantes, entre otros.

1.5. Evaluación y diagnóstico

El embarazo depende de la salud de la mujer y del hombre, una pareja puede tener dificultades para concebir debido a problemas en el cuerpo de la mujer, del hombre o de ambos. También se toma en cuenta a las parejas de mujeres homosexuales y mujeres sin pareja que acuden a los servicios de fertilidad con deseo genésico. Las y los pacientes tienen que atravesar por una evaluación inicial, y posteriormente, el o la especialista en infertilidad utiliza esta información para indicar la posible etiología de su infertilidad y ofrecer un plan de tratamiento adaptado a sus necesidades específicas.

Cuando una pareja tiene dificultades para conseguir un embarazo, los/as médicos/as hacen pruebas en ambos miembros para intentar encontrar la causa de estas dificultades, pero en ocasiones, incluso con pruebas, no se puede averiguar por qué no se consigue el embarazo (Eckler, 2017). Dentro del estudio de fertilidad que se realiza a la pareja, se confirma la

existencia de ovulación, la integridad anatómica del canal genital, y la presencia de un número suficiente de espermatozoides con buena motilidad y morfológicamente normales.

1.5.1. Estudio de la Infertilidad en la mujer

De acuerdo con Kuohung y Hornstein (2018b), la evaluación de la infertilidad se inicia después de un año de relaciones sexuales sin protección, en mujeres menores de 35 años, y después de seis meses en mujeres mayores de 35 años. No obstante, la evaluación se puede iniciar antes si la mujer tiene ciclos menstruales irregulares, o si hay riesgos conocidos para la fertilidad, por ejemplo, endometriosis, antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, o malformaciones en el tracto genital.

La historia médica de la mujer puede proporcionar indicios de la causa de la infertilidad, el médico indaga acerca del desarrollo en la niñez, el desarrollo sexual durante la pubertad, historia sexual, incluyendo la frecuencia semanal de coito, enfermedades e infecciones, cirugías, medicaciones usadas, exposición a ciertos agentes medioambientales (alcohol, radiación, esteroides, quimioterapia, y químicos tóxicos). También se recogen antecedentes familiares, ya que pueden existir otros familiares con infertilidad y defectos o mutaciones genéticas, la duración de la infertilidad, los resultados de evaluaciones y tratamientos anteriores, información sobre el estilo de vida, ocupación, ejercicio, estrés, dieta y peso. Estos datos son fundamentales en la recopilación de información según Kuohung y Hornstein (2018b):

Historia menstrual. Es necesario conocer el ciclo menstrual de la mujer, la presencia de amenorrea (ausencia de menstruación durante 6 meses seguidos, intervalo de más de 182 días entre sangrados menstruales) u oligomenorrea (ciclos menstruales irregulares, intervalo de 35 a 182 días entre sangrados menstruales) son señales de una ovulación anormal, en el primer caso no existe y en el segundo caso puede ser irregular o estar ausente (Guo et al., 2012).

Exploración física. Normalmente incluye una revisión física general, con especial atención a señales de exceso o deficiencia de hormonas, cuyas manifestaciones físicas pueden incluir acné, alopecia, hirsutismo, entre otras. También se evalúa el IMC, y la distribución de la grasa. El/la especialista también realiza una exploración pélvica, en la que se pueden identificar anomalías del tracto reproductivo y manifestaciones de bajos niveles hormonales.

Analíticas de sangre. Las analíticas de sangre proporcionan información acerca del nivel de hormonas que juegan un papel muy importante en la fertilidad de la mujer. Hormonas que son producidas en el hipotálamo, la glándula pituitaria, y en los ovarios. Entre ellas están la FSH, el estradiol (E2), la hormona Antimulleriana (AMH), el TSH, para evaluar la función tiroidea, y la prolactina (PRL). El incremento del nivel de la hormona luteinizante (LH), indica el momento de ovulación: aproximadamente 38 horas antes sube abruptamente. El nivel de progesterona en sangre es el indicador más adecuado de la ovulación, normalmente sube una semana después de que ocurra. Lambalk (2015) afirma que la evaluación de la reserva ovárica se realiza mediante el recuento de los folículos antrales, y nivel sérico de AMH. Esta hormona es el indicador bioquímico más fiable para evaluar la reserva ovárica y se puede medir en cualquier momento del ciclo menstrual.

Exploración ginecológica. Según la necesidad de la paciente, se realizan procedimientos como la ecografía transvaginal, la histerosalpingografía y la histeroscopia. Permiten evaluar posibles anomalías en la cavidad uterina que pueden contribuir a la infertilidad. Estas anomalías pueden ser congénitas, o adquiridas resultado de procedimientos quirúrgicos, fibromas y pólipos.

Pruebas genéticas. Pueden ser recomendadas si hay una sospecha de que anomalías cromosómicas o genéticas están afectando a la fertilidad. Aunque las TRA son capaces de descartar estas anomalías, de no ser diagnosticadas, existe la posibilidad de ser transmitidas a la descendencia. En caso de diagnosticarse, es necesario el Consejo Genético para educar a los padres acerca de esta posibilidad y de los tratamientos existentes para evitar esta transmisión.

Apoyo emocional. El reconocimiento, la evaluación y el tratamiento de la infertilidad resulta estresante para muchas parejas. La dificultad de obtener un embarazo puede llevar a una amplia gama de emociones, entre las que frecuentemente se encuentran: sintomatología ansiosa, bajada del estado de ánimo, ira, culpa y vergüenza. Tanto el hombre como la mujer pueden experimentar estos sentimientos. Numerosos estudios demuestran que la carga emocional está asociada a problemas en los tratamientos, principalmente el fallo de las técnicas (Domar, 2018).

Dentro del estudio de las variables psicológicas en esta evaluación se utilizan tanto herramientas específicas para pacientes afectos de infertilidad como herramientas genéricas. Entre estas variables las más estudiadas son los síntomas de ansiedad y depresión, presencia de estrés específico de la infertilidad, ajuste en la relación marital, calidad de vida y satisfacción con la vida.

1.5.2. Estudio de la Infertilidad en el hombre

La fertilidad en el hombre depende del funcionamiento normal del hipotálamo, la hipófisis y los testículos. La evaluación inicial del hombre se centra en detectar las causas tratables que pueden estar afectando su fertilidad. Las evaluaciones iniciales incluyen los antecedentes, una evaluación física, y análisis de semen. Posteriormente se puede incluir una evaluación endocrina, imágenes de los conductos y glándulas y, por último, test genéticos.

Anamnesis. La visita inicial siempre debe incluir una recopilación detallada de información acerca de los antecedentes médicos, especialmente los que potencialmente pueden causar la infertilidad. El facultativo indaga sobre síntomas, enfermedades anteriores, u otros procedimientos quirúrgicos. La historia de desarrollo sexual, descenso de los testículos, desarrollo en la pubertad, pérdida del cabello o vello corporal, traumas importantes en la cabeza o en la zona pélvica, paperas, infecciones del tracto genitourinario y ETS. Exposición a contaminantes medioambientales, drogas, incluyendo, alcohol, tabaco, marihuana, opioides, terapia de radiación, quimioterapia, uso de esteroides, anabólicos, corticoesteroides y qui-

micos tóxicos. Historia sexual, libido, frecuencia de coito, duración de la infertilidad y evaluaciones de fertilidad previas.

Exploración física. La revisión física debe incluir una evaluación general para determinar la salud en conjunto; la existencia de obesidad, distribución muscular y de la grasa, y signos de patologías endocrinas. Manifestaciones físicas de un desequilibrio hormonal, en especial de deficiencia de andrógenos y testosterona, las cuales pueden ser evidentes en la piel, patrón capilar, tamaño de los testículos. Del mismo modo, se suele hacer una revisión visual de los genitales y los pechos para determinar si existe un desarrollo incompleto, al examinar el escroto se pueden identificar enfermedades que afectan a la maduración del esperma o a su transporte.

Estudio del semen. El análisis del semen es una parte central del estudio de la infertilidad masculina. Informa sobre la cantidad de semen, el PH, la concentración, el número, la motilidad y forma de los espermatozoides. Es recogido después de dos días de abstinencia de eyaculación, si el análisis de la muestra de semen es anormal, se solicita otra muestra después de una o dos semanas. La Sociedad Española de Fertilidad (2007) proporciona unos límites de referencia para la práctica dentro del país, estos parámetros son presentados en la Tabla 1.

Tabla 1

Límites de referencia en el estudio de semen

Parámetro	Valor normal	Anomalía
Volumen	2mL	Aspermia
Concentración	20 millones/mL	Oligozoospermia
N. de espermatozoides por eyaculado	40 millones	
Movilidad	50% motilidad a + b o 25% motilidad a	Astenozoospermia
Morfología	valores <15% de formas normales tienen bajo pronóstico en FIV	Teratozoospermia
Vitalidad	75 %	Necrozoospermia

Nota: Datos tomados de la Sociedad Española de Fertilidad (2007)

Estudio hormonal. En hombres con alteraciones del recuento de semen, se realiza un estudio de los niveles de FSH y su relación con los de Inhibina B. Estos parámetros permiten determinar si la alteración es pre-testicular, testicular o post-testicular, lo que será fundamental al momento de orientar los posibles tratamientos. En pacientes con alteraciones de la libido o de la erección se pretende determinar los niveles de LH, testosterona y prolactina. La realización de estos estudios hormonales debe ser personalizados en función de situación de cada paciente según la Sociedad Española de Fertilidad (SEF, 2016).

Estudio genético. Dependiendo del paciente, puede incluir, estudio del cariotipo, de microdeleciones y mutaciones en el cromosoma Y. En el caso de estar presentes se recomienda consejo genético antes de iniciar con las TRA.

Otras pruebas. Cuando no hay presencia de espermatozoides en el análisis de semen, se recomienda una biopsia testicular, y si se sospecha que hay bloqueo en el tracto reproductivo, se puede solicitar un ultrasonido transrectal.

1.6. Técnicas de Reproducción Asistida

Kuohung y Hornstein (2018c) señalan que una vez la causa o causas de la infertilidad en la pareja han sido identificadas, se puede implementar un tratamiento enfocado a corregir las etiologías y superar factores reversibles. Los/as facultativos/as también acostumbran a sugerir cambios en el estilo de vida, como dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol, mantener una actividad física adecuada, y mantener una frecuencia adecuada del coito (10-15 veces al mes). Los/as pacientes deben estar involucrados en la decisión del tratamiento de fertilidad, estas decisiones incluyen cuatro factores importantes: la efectividad, la carga del tratamiento, la seguridad, y en algunos casos, el coste económico.

Las TRA pueden estar contraindicadas si existe alguna condición de salud que no es compatible con el embarazo o la medicación necesaria para la estimulación ovárica. En caso de enfermedades previas, el/la especialista solicitan un informe autorizando el tratamiento, la técnica invasiva y la gestación. Factores como capacidad económica, valoración psicoló-

gica, estilos de vida, orientación sexual, o consumo de drogas no son factores excluyentes. En la sanidad pública de la Comunidad Valenciana las TRA pueden aplicarse en mujeres hasta un IMC de 35. La pareja que acude como tal debe aportar algún tipo de documento que lo acredite: certificado de convivencia, empadronamiento en misma vivienda, certificado de registro de parejas de hecho, libro de familia o certificado de matrimonio. En casos de enfermedades infecciosas como VIH, VHB o VHC, la enfermedad en sí no debe de estar en un estadio que contraindique la gestación ni suponga un riesgo para el/la recién nacido/a y se debe comprobar el número de copias circulantes. La decisión final se toma en base al criterio del grupo de especialistas médicos y un comité de ética asistencial pudiendo llegar a ser necesario consultar al gabinete jurídico de la Sociedad Española de Fertilidad.

En España existe una limitación de los recursos sanitarios destinados a la asistencia pública para los TRA. Esto exige aplicar criterios de priorización en el acceso a los medios asistenciales. Estos criterios sólo pueden tener como base las diferencias en el pronóstico de resolución del problema, a fin de respetar el carácter equitativo del acceso a los medios asistenciales (SEF, 2016).

A continuación, se detallan las principales TRA, empezando por las más sencillas, y terminando por las más complejas, aquellas que requieren mayor cantidad de recursos (tiempo, implicación, carga emocional y económica).

1.6.1. Coito Dirigido

Esta técnica requiere escasos recursos. Es la intervención inicial recomendada para parejas jóvenes (mujeres menores de 35 años), que llevan 12 meses intentando la concepción. Puede realizarse en ciclo espontáneo (sin medicación). Se monitoriza el desarrollo folicular mediante ecografías seriadas y se indica mantener relaciones sexuales cuando se va a producir la ovulación. También puede indicarse medicación vía oral y provocar la ovulación mediante una inyección subcutánea. Generalmente se indica un apoyo de fase lútea con progesterona intravaginal para evitar que una insuficiencia de cuerpo lúteo malogre la gestación inicial. Esta debe iniciarse tras la última de las relaciones sexuales programadas.

1.6.2. Estimulación Ovárica

Previamente se han establecido un número de predictores de la respuesta ovárica durante la estimulación. Entre ellos están la edad de la mujer, el recuento de folículos antrales, y la concentración de AMH, FHS y LH (Lambalk, 2015). Los más precisos son el nivel de AMH y el recuento de folículos antrales (Scheinhardt, Lerman, König y Griesinger, 2018).

La pauta de estimulación ovárica es seleccionada por el/la especialista basada en la causa de esterilidad femenina si la hay, en su eficacia, coste, riesgo, carga del tratamiento, y potenciales complicaciones de este (Fauser, 2018). Mediante el uso de los protocolos de estimulación hormonal los ovarios son activados para el desarrollo folicular, los cuales son necesarios para permitir la realización de las TRA. El medicamento más común para estimular son las gonadotropinas (en mujeres jóvenes la FSH sola es suficiente, en mujeres de más edad es necesario añadir acción LH). La estimulación ovárica es controlada mediante el nivel de estrógenos y progesterona séricos y ecografías transvaginales que permiten contar y medir el diámetro de cada folículo en desarrollo. El tiempo de duración de la estimulación ovárica depende de cada mujer. Se suele iniciar el segundo o tercer día de menstruación y termina cuando al menos tres folículos han alcanzado un diámetro medio de 18mm. Al no ser el desarrollo folicular un proceso sincronizado y, generalmente, haber folículos más avanzados que pueden ser ovulados espontáneamente impidiendo la continuación del proceso, dicha ovulación espontánea es evitada mediante antagonistas del GnRH que bloquean la actividad hipofisaria y los picos endógenos de LH.

La medicación utilizada tiene efecto tan sólo en aquellas células donde existe receptor y por tanto, per se, no tiene efectos secundarios. Sin embargo, los folículos en desarrollo producen sustancias que sí van a tener efectos sistémicos y que, en su máxima expresión, pueden dar lugar a un Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO). Hiperestimulación ovárica controlada es lo que todas las pacientes están experimentando y conlleva cierta distensión abdominal y cierta sensación de peso en el hipogastrio. Sólo cuando se reúnen determinadas características se puede hablar de síndrome: ascitis, hemoconcentración, oliguria, e hipotensión.

Durante la estimulación, los ovarios aumentan su tamaño debido al desarrollo de múltiples folículos en su interior. El riesgo de SHO se puede evitar cancelando el ciclo de FIV antes o después de la administración de hCG que es la hormona que lo desencadenará. Si se cancela antes no será posible realizar la captación de ovocitos. Si se cancela después se podrá realizar la punción folicular y los ovocitos obtenidos podrán ser fecundados. Los embriones resultantes podrán ser vitrificados para ser transferidos en otro ciclo sin riesgo de hiperestimulación.

1.6.3. Inseminación Intrauterina

Hornstein y Gibbons (2018) sostienen que el propósito de esta técnica es colocar una gran cantidad de espermatozoides en la cavidad uterina el día de ovulación de la mujer. El semen recuperado es lavado y centrifugado con medios de cultivo para separar espermatozoides de líquidos seminales que contienen prostaglandinas y proteínas que no deben penetrar en cavidad. Durante el procesado de la muestra, los espermatozoides sufren el proceso de capacitación que de manera fisiológica sufrirían al nadar a través del moco cervical y la cavidad uterina. La inseminación se realiza tras una estimulación ovárica para desarrollo folicular controlado mediante ecografía y una inducción de la ovulación. Un fino catéter es introducido a través del canal cervical accediendo a la cavidad uterina y depositando los espermatozoides en su fondo.

Está indicada en esterilidad idiopática y en casos de causa masculina leve. Parejas con varón azoospermico, mujeres sin pareja y mujeres en pareja homosexual pueden recurrir a esta técnica utilizando un semen de donante para conseguir su gestación.

1.6.4. Fecundación in Vitro (FIV)

El primer embarazo originado por medio de una FIV fue reportado en 1976, y el primer nacimiento en 1978. Desde entonces en torno a siete millones de embarazos se han producido en el mundo gracias a este procedimiento y sus variantes (Paulson, 2019). Cada ovocito de la mujer es fecundado por un espermatozoide en el laboratorio. Posteriormente, uno o

más ovocitos fecundados, es decir, embriones, son transferidos al útero donde si implantan se producirá el embarazo.

El ciclo de FIV se inicia generalmente en el segundo día de menstruación. En cada uno de los controles se realiza una extracción de sangre para determinaciones hormonales y una ecografía para monitorización del desarrollo folicular. La estimulación ovárica consiste en la administración subcutánea de gonadotrofinas para conseguir un desarrollo multifolicular. También es posible realizar esta técnica sin estimulación ovárica en los que se conoce como "ciclo natural de FIV".

Se debe evitar la ovulación espontánea de aquellos folículos más adelantados en su desarrollo para conseguir que el mayor número posible de los folículos en desarrollo alcance la madurez. La FSH subcutánea es de administración diaria. En los ocho-doce días que dura la estimulación ovárica, la mujer deberá acudir de tres a cuatro veces al control analítico y ecográfico. El objetivo de la estimulación es obtener al menos tres folículos maduros de un tamaño igual o superior a 18mm. Comprobada la madurez folicular, se administrará gonadotropina coriónica humana (hCG) para conseguir que dentro de cada folículo el ovocito se libere de su anclaje de forma que cuando el folículo sea puncionado y su contenido aspirado, el ovocito pueda ser recuperado. Durante los controles ecográficos también se mide el grosor endometrial considerándose que es apto para la transferencia cuando es de al menos 8mm.

La extracción de los ovocitos es realizada en el quirófano y la mujer bajo sedación. El/la facultativo/a extrae el óvulo de cada folículo. Este procedimiento dura cerca de 30 minutos, dependiendo del número de folículos presentes. Las complicaciones durante esta práctica son poco comunes. Puede haber efectos secundarios como dolor en la zona pélvica, sangrado ligero, y secreción vaginal. Al finalizar la punción, la paciente es monitorizada en un área de recuperación. Después de la punción folicular, los ovocitos maduros pueden ser fecundados mediante dos técnicas de laboratorio: cultivo en placa junto con los espermatozoides de forma que la fecundación es espontánea o inyección intracitoplasmática (ICSI) del espermatozoide en el ovocito. Generalmente el 50% de los ovocitos son fecundados (Paul-

son, 2018a). En los casos de factor de infertilidad masculino severo la fecundación se realiza mediante ICSI.

La transferencia de embriones se realiza alrededor de dos o cinco días después de la punción folicular. En España la ley autoriza la colocación hasta de tres embriones, en el hospital la Fe de Valencia nunca se colocan más de dos y la tendencia mundial y de buena praxis es poner uno. Los embriones viables son colocados en el útero de la mujer con la ayuda de un catéter flexible introducido a través de la cervix bajo control ecográfico transabdominal. Normalmente no es necesario anestesiarse a la mujer para este procedimiento. A continuación, se aconseja a la mujer descanso en casa. Tras la estimulación ovárica, la producción de progesterona puede no ser suficiente por lo que se prescribe progesterona por vía vaginal desde el día siguiente de la punción folicular. La progesterona debe continuarse, si la mujer queda embarazada hasta la semana 10-12 de embarazo. El número de embriones a transferir depende de la preferencia de la pareja o la mujer, de sus antecedentes obstétricos (embarazos, abortos), de su edad, de sus cirugías uterinas previas (miomectomías, cesáreas) y de la calidad de los embriones. En mujeres menores de 35 años en su primer ciclo, se aconseja transferir un embrión o máximo dos embriones. Después del fallo del ciclo, se recomienda transferir dos embriones para aumentar las posibilidades de embarazo. Sin embargo, esto incrementa el riesgo de gestación múltiple. Los embriones que no son transferidos son criopreservados. La probabilidad de embarazo es similar a la de transfiriendo embriones frescos. También existen la opción de donarlos para investigación, para el uso de otras parejas, o desecharlos si la pareja o mujer no desea más descendencia. En el estudio de Chambers et al. (2016) sobre la tasa de nacimientos de niños vivos por medio de TRA se reconoce que el avance más notable en estas técnicas ha sido en cuanto a la transferencia de embriones descongelados, transferencia de blastocitos, y transferencia de un solo embrión.

Los test de embarazo se pueden realizar dos semanas después de la transferencia de embriones. Éstos pueden ser en sangre o en orina y miden la concentración de hCG (superior a 5 IU/L). Es recomendable realizar el análisis en sangre ya que no sólo indica si es positivo o no, sino que, además, cuantifica la cantidad de hCG en sangre y permite la monitори-

zación de la gestación antes de que sea visible por ultrasonidos. Si se detecta embarazo, a las tres o cuatro semanas de la transferencia se realiza una ecografía vaginal en la que es posible observar un saco gestacional intrauterino y un embrión con latido. En el caso de que la mujer no consiga el embarazo se revisan los resultados del ciclo, se consideran posibles fallos, se indica más pruebas diagnósticas si procede y el tratamiento puede tomar un enfoque diferente.

Según Paulson (2018a) la probabilidad de éxito para cada persona depende de múltiples factores: la edad de la mujer, la causa de infertilidad y el abordaje del tratamiento. La tasa de éxito está alrededor de un 27%. La tasa acumulada sube más a mayor número de ciclos realizados. Sin embargo, aunque la FIV tenga una tasa razonable de éxito, también tiene algunas desventajas. Estas incluyen: el alto coste económico si no se tiene cobertura de salud, el riesgo potencial a la reacción de los medicamentos para la fertilidad, los procedimientos resultan agotadores psicológicamente y, la posibilidad de gestación múltiple. La FIV es considerada para mujeres sin trompas o trompas obstruidas, hombres con factor severo de infertilidad, mujeres de más de 37 años, mujeres con endometriosis, desórdenes ovulatorios, e infertilidad sin explicación que no consiguen gestar con IA.

1.6.5. Inyección Intracitoplasmática (ICSI)

El término Inyección Intracitoplasmática (ICSI) se refiere a una técnica en la que un solo espermatozoide es inyectado directamente en el citoplasma de un ovocito maduro. Este procedimiento es una modalidad de FIV que asegura la fecundación asistida en hombres con parámetros muy bajos de semen, o con antecedentes de fallo de fecundación en FIV convencional (Miller, 2019).

Normalmente, el espermatozoide se obtiene del semen eyaculado. La extracción quirúrgica de los espermatozoides es necesaria para hombres con azoospermia obstructiva, disfunción eyaculatoria o complicaciones del tratamiento de cáncer. La selección de espermatozoides viables para la inyección es un factor importante que determina el éxito de esta técnica. Los espermatozoides juegan un rol clave. La inyección directa del espermatozoide en el ovocito

elude la selección natural. La selección se hará a criterio del/de la biólogo/a que realiza la técnica. La autora de *Intracytoplasmic sperm injection* (Miller, 2019) afirma que, si el espermatozoide usado para la ICSI tiene una morfología y motilidad aparentemente normales, la probabilidad de fecundación y el desarrollo del embrión están prácticamente garantizados. También señala que esta técnica está indicada principalmente para el tratamiento de la infertilidad con factor masculino. De igual manera, puede ser utilizada cuando hay fallo de fecundación en ciclos anteriores de FIV, test genético preimplantacional a los embriones, fecundación en ovocitos previamente criopreservados, y maduración in vitro de ovocitos. También se aplica cuando la mujer presenta anomalías morfológicas de los ovocitos y anomalías en la zona pelúcida.

La tasa de fecundación en ICSI es aproximadamente del 50 a 80% no obstante, no garantiza la fecundación. La incidencia del fallo de fecundación es baja, y ocurre especialmente en ciclos con ovocitos de baja calidad (Paulson, 2018a).

1.6.6. Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP)

Durante el proceso de reproducción asistida y en ocasiones previamente a éste, algunas parejas pueden descubrir que son portadores de un trastorno genético que puede ser transmitido a sus hijos/as. Cuando existe una enfermedad genética transmisible se examinan los embriones y, solo los sanos son transferidos al útero. El DGP es un proceso que permite prevenir la transmisión de trastornos genéticos. Sin embargo, este procedimiento no garantiza la consecución del embarazo y durante el diagnóstico se pierde un número significativo de embriones.

1.6.7. Donación de óvulos, semen, y embriones

La donación de gametos es una práctica habitual en la reproducción asistida de hoy en día. Está asociado a altas tasas de éxito. Originalmente fue ofrecida a mujeres con insuficiencia ovárica primaria, pacientes que tenían enfermedades genéticas y a hombres con semen de escasa calidad. En la actualidad, son usados por mujeres sin pareja masculina,

con ovarios inaccesibles para FIV, mujeres sin función ovárica, fallos repetidos de FIV y, comúnmente, por mujeres de avanzada edad.

El primer embarazo gracias a la donación de ovocitos fue reportado en 1983. Los ciclos de la mujer receptora y donante debían sincronizarse (Sauer, 2018). Posteriormente, se han desarrollado técnicas que han mejorado su eficacia. De notoria controversia es el reclutamiento de donantes jóvenes a sabiendas que, a menor edad, mayor calidad y cantidad de ovocitos. Las donantes realizan este procedimiento voluntariamente. En España son anónimas y desconocidas para la mujer o pareja receptora. Tan sólo se revelarán datos médicos en caso de enfermedad del recién nacido y nunca su identidad. Los criterios que debe reunir la donante están basados en las características fenotípicas de ambas mujeres. La mayor parte de programas de donación de óvulos buscan a mujeres mayores de 18 años, hasta 34 años, y muchos centros prefieren a mujeres con fertilidad comprobada. El cribado recomendado de las donantes se basa en su salud física, mental, y su riesgo de enfermedades contagiosas. Se excluyen como donantes a mujeres que tengan antecedentes familiares de malformaciones ligadas a cromosomopatías, genopatías o metabolopatías transmisibles o no, mujeres que presenten enfermedades genéticas, hereditarias o congénitas transmisibles. También se realiza una prueba de Rh sanguíneo, para asegurarse que la pareja y la donante son Rh compatibles, pruebas de cariotipo y test de compatibilidad genética. Cuando los ovocitos maduros han sido extraídos mediante punción folicular, se inseminan/microinyectan con el semen de la pareja o de donante. Los embriones obtenidos son transferidos a la receptora cuyo endometrio ha sido previamente preparado y está listo para recibirlos.

Gracias a la donación de semen, parejas con factor masculino severo, mujeres homosexuales, y mujeres que desean formar una familia monoparental tienen la posibilidad de conseguir un embarazo y un/a bebé nacido/a vivo/a. La donación de semen es utilizada desde los años 70 y está ampliamente aceptada en la mayoría de los países. Se trata de un acto voluntario y anónimo. Los donantes son hombres de 18 a 39 años estudiados mediante exámenes psicofísicos y test genéticos (Sauer, 2018). Se indica para hombres con semen de baja calidad, ausencia de espermatozoides (azoospermia), portadores de enfermedad genética o de transmisión sexual.

La donación de embriones es una práctica relativamente reciente. La técnica se realiza mediante la preparación endometrial de la receptora, descongelación del/de los embrión/ embriones y transferencia intrauterina. Dos semanas después se puede realizar la prueba de embarazo. Las parejas que, tras un ciclo de FIV/ICSI tienen embriones sobrantes y que ya han completado su deseo genésico, tienen la posibilidad de donar sus embriones congelados a otras parejas (si la mujer es menor de 35 años), donarlos para investigación, o destruirlos. En la actualidad, se estima que del 5 al 10% de los embriones criopreservados se destinan a este fin (SEF, 2016). Antes de iniciar el procedimiento, la mujer o la pareja debe recibir amplia información sobre el proceso de donación y recepción de embriones y sus consecuencias de todo tipo. Esta información se proporciona de forma verbal y escrita. Está indicada para mujeres de avanzada edad, parejas o mujeres en lista de espera para adopción de niños/as, mujeres sin pareja masculina y parejas homosexuales de mujeres.

1.6.8. Trasplante de Útero y Maternidad Subrogada

En la actualidad estos temas son controvertidos en el mundo. Los dilemas éticos en torno a ellos están en auge. Históricamente no existían tratamientos correctivos para las mujeres sin útero o con un útero sin funcionamiento que querían ser madres. Las alternativas eran la adopción, la acogida de niños/as y, en ciertos países, el uso de la maternidad subrogada. Estas técnicas son las opciones principales para mujeres con ausencia congénita de útero, con malformaciones anatómo-patológicas primarias o secundarias del útero, histerectomizadas y abortadoras de repetición. En estos casos, la mujer y el hombre producen gametos normales pero la única forma en la que pueden procrear es con la ayuda de una mujer con un útero sano o con el trasplante de este (Ber, 2000). Con el uso de estas técnicas se redefine el término “familia” basado en el vínculo genético, gestacional y social. Muchas parejas lo consideran una oportunidad o un último recurso. A continuación, se comenta brevemente.

El primer trasplante de útero se realizó en el año 2000 en Arabia Saudita con un útero de una donante viva. Sin embargo, este intento no fue exitoso. En el 2011 se realizó el segundo trasplante de útero en Turquía. La paciente logró concebir, aunque las dos gestaciones obtenidas terminaron en aborto temprano. Finalmente, en el 2014, nació el primer niño por

medio de este procedimiento efectuado por un equipo médico Sueco. Subsiguientemente se han realizado múltiples intentos en varios países (Brännström y Díaz-García, 2019).

El trasplante de útero es una técnica considerada aún como experimental. Una vez la mujer receptora de útero y la donante han sido identificadas, el proceso empieza con una FIV, para crear y congelar embriones para la receptora. A continuación, la donante pasa por una histerectomía y en seguida se realiza el trasplante de útero. Después de seis a 12 meses y en tratamiento inmunosupresor para evitar el rechazo del útero trasplantado, se realiza la transferencia embrionaria. Si el embarazo es exitoso, el nacimiento se produciría siempre mediante cesárea. Una vez completado el deseo genésico, se extrae el útero para evitar continuar con la medicación inmunosupresora de por vida. Las cuestiones éticas de este procedimiento incluyen el hecho de que no se trata de una técnica para salvar la vida de una persona, la existencia probada de alternativas (subrogación), la naturaleza experimental del mismo, los riesgos y beneficios tanto para la receptora como para la donante y para el feto en desarrollo.

Aunque las alternativas para alcanzar la parentalidad (gestación subrogada, y adopción) están disponibles en ciertos países, se considera que el trasplante de útero permite tener un vínculo genético y además permite a la mujer experimentar física y emocionalmente el embarazo. Se trata un método complejo, incluye riesgos para las participantes, su eficacia todavía es desconocida, y no ha sido regulado hasta el momento. Es necesario que las personas que consideren su utilización sean debidamente informadas acerca de todas sus implicaciones.

La maternidad subrogada moderna implica procesos de reproducción asistida, y normalmente involucra a los gametos de los padres que desean hacer uso de esta opción. También puede involucrar gametos donados de una tercera persona (como en el caso de las parejas homosexuales masculinas). La mujer gestante lleva a término la gestación de un embrión concebido por medio de FIV con los gametos de los padres genéticos y da a luz al bebé. De este modo, no está relacionada genéticamente con él. Tradicionalmente se inseminaba a la

mujer con el semen del padre intencional. En esta modalidad, el embrión y la mujer gestante sí estaban relacionados genéticamente. La subrogación tradicional se remonta al pasado. Posteriormente, gracias a la aparición de la FIV a partir de los años 80, se la realiza mediante esta técnica evitando la relación genética entre gestante y recién nacido.

Esta práctica supone el enfrentamiento a múltiples aspectos polémicos médicos, psicológicos y legales. Los más importantes incluyen: revisiones médicas y psicológicas de los padres intencionales y la mujer gestante, asesoramiento médico, psicológico y legal, contratos legales, coordinación de los ciclos de los padres genéticos y la mujer gestante, cuidado prenatal y parto, cuestiones psicológicas y legales después del parto y la lactancia. La gestación subrogada gana popularidad cada año. En algunos países empezó a darse un fenómeno llamado “turismo reproductivo”, debido a la mayor o menor permisividad legal de unos y otros países. Su coste económico es muy elevado. Por todos estos motivos, ha aparecido legislación para limitarla o incluso prohibirla. Países como Canadá, algunos estados en EE. UU, Rusia, Ucrania, Georgia, Grecia, Australia permiten su uso. Sin embargo, en India, Inglaterra, Sudáfrica y Tailandia, está restringida a residentes, nacionales y parejas heterosexuales casadas.

1.7. Eficacia de las Técnicas de Reproducción Asistida

Actualmente se considera que las TRA han sido exitosas si hay un nacimiento a término. En el 2014, en Europa, se reportó el nacimiento de 170.163 niños mediante TRA y un total de 776.556 ciclos de RA iniciados. Uno de cada 50 niños nacidos en Europa fue concebido gracias a estos tratamientos. La técnica más común es la ICSI, seguida por la Transferencia de Embriones Congelados (TEC) y la FIV. En ese mismo año, en España, se ha informado el inicio de 51.591 ciclos de ICSI y FIV, y el nacimiento de 27.320 niños por medio de tratamientos de reproducción asistida. Es uno de los países europeos más activos en cuanto a la utilización de las TRA (European IVF-monitoring Consortium, 2018).

Inseminación Artificial. El 41% de mujeres menores de 35 años que se han sometido a la tercera inseminación artificial con el semen de su pareja logran un embarazo. Esta tasa

baja con el aumento de la edad de la mujer y el número de inseminaciones que se realiza. La probabilidad de embarazo al realizar la tercera inseminación intrauterina con semen de donante en mujeres menores de 35 años es del 63% (European IVF-monitoring Consortium, 2018).

FIV. Paulson (2018a) sostiene que cerca del 47% de ciclos de FIV que llegaron a la transferencia de embriones resultaron en embarazo y el 38% alcanzaron un nacimiento de un bebé vivo. Las tasas de éxito aumentan después de múltiples intentos y las mujeres más jóvenes obtienen mejores resultados. Aunque la donación de óvulos aumenta considerablemente las probabilidades de mujeres mayores que conciben por medio de esta técnica (Pinborg, Hoougaard, Andersen, Molbo y Schmidt, 2009). Los resultados de las concepciones por FIV son en general buenos, sin embargo, se incrementa el riesgo de gestación múltiple, nacimientos pre-término, y bajo peso al nacer.

ICSI. En este caso, el 30% de los ciclos terminan con el nacimiento de un bebé vivo. Los/as niños/as concebidos por ICSI han sido observados durante 22 años, y los resultados en el ámbito psicológico, puberal, neurológico, de desarrollo cognitivo, tasas de hospitalización, cirugías, y terapias de recuperación son similares a las de niños concebidos espontáneamente (Miller, 2019).

Donación de óvulos. De un 50 a 60% de las transferencias de embriones, terminan en embarazos y nacimientos de niños vivos (Sauer, 2018).

1.8. Riesgo perinatal y complicaciones

La concepción por medio de las TRA está asociada con el aumento de la incidencia de riesgos y complicaciones obstétricas y perinatales. Las razones precisas de este aumento no están claras. Sin embargo, las más comunes son las características maternas y paternas, las condiciones médicas subyacentes asociadas a la infertilidad, factores del espermatozoides, el uso de medicamentos de fertilidad durante los tratamientos, las condiciones del laboratorio durante el cultivo de embriones, el medio de cultivo, el proceso de criopreservación y des-

congelación, la edad materna, el manejo obstétrico y la posible combinación de estos factores.

Paulson (2018b) advierte que los posibles resultados perinatales adversos en embarazos de FIV incluyen: Abortos espontáneos, embarazos ectópicos, gestación múltiple, embarazo pretérmino, bajo peso al nacer, niños pequeños para su edad gestacional, anomalías congénitas, y problemas en el neurodesarrollo. Con respecto a las posibles complicaciones obstétricas encontramos condiciones como placenta previa, preeclampsia, diabetes gestacional y parto por cesárea.

2. ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La infertilidad es considerada una enfermedad crónica, aunque no exista una afección directa en la función de un órgano, no implique limitaciones físicas, ni sintomatología de dolor asociado a la misma o exista una amenaza a la supervivencia de los/las pacientes. De acuerdo con Antequera, Moreno-Rosset y Jenaro (2008) las reacciones emocionales ante los problemas de infertilidad han sido equiparadas a las de los/las pacientes oncológicos. También se ha establecido que no se trata de un grupo de pacientes homogéneo. Variables socio culturales y médicas inciden en el impacto de la infertilidad; entre éstas están el género, la edad, la presencia de hijos/as previos, el diagnóstico, y el tiempo de infertilidad.

2.1. Ansiedad

Se ha definido a la ansiedad como un estado, caracterizado por emociones desagradables y fuera de proporción que implican aspectos subjetivos y manifestaciones fisiológicas (Endler y Kocovski, 2001). También se describe a la ansiedad como un sentimiento de impotencia o miedo, relacionado con una sensación de pérdida del control que a menudo acompaña a la convivencia con una enfermedad. El malestar de estas personas puede estar relacionado con cuestiones psicológicas, fisiológicas, espirituales, sociales, prácticas, de pérdida y muerte.

La sintomatología ansiosa normalmente hace referencia a miedo, nerviosismo, aprensión y pánico. No obstante, puede implicar también respuestas fisiológicas en el sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y nervioso, aisladas o en combinación (Martin, 2003). Las personas se pueden sentir muy preocupadas o nerviosas gran parte del tiempo, pueden tener problemas para dormir e incapacidad para concentrarse. Dentro de los síntomas fisiológicos, las personas con ansiedad severa a menudo se encuentran muy cansadas y tienen tensión en los músculos. Algunos también experimentan dolor de estómago y opresión en el pecho (Hermann, 2017).

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Como se ha descrito en la literatura, gran cantidad de pacientes con infertilidad refieren sufrir síntomas de ansiedad y la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (Kessler et al., 2008). Se considera que esta sintomatología es potencialmente crónica, con severidad fluctuante a lo largo del tiempo. Además, se han encontrado ciertos factores de riesgo tanto demográficos y clínicos como ambientales para sufrir de este trastorno. Entre ellos destacan: el género femenino, la pobreza, los eventos traumáticos recientes, las enfermedades físicas crónicas y la historia de enfermedad mental en progenitores (Baldwin, 2018).

En un estudio de Chen et al. (2004) se encontró que el 28,6% de pacientes infértiles tenían sintomatología ansiosa, y el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad generalizada (TAG) fue el más frecuente (23,2%). Según los criterios del DSM-V en el TAG existe una preocupación excesiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades cotidianas, y esta preocupación es difícil de controlar. Los síntomas característicos incluyen, inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Baldwin (2018) caracteriza al TAG por la preocupación excesiva y persistente que es de difícil control. Causa estrés y malestar significativo. Este trastorno puede llevar a un deterioro significativo en el funcionamiento de la persona, a una calidad de vida disminuida y, conllevar altos costes en los servicios de salud.

Algunos autores sugieren que una de las consecuencias emocionales más difíciles de la infertilidad, es la pérdida de control de la vida de la persona. Esta pérdida de control se manifiesta en múltiples aspectos, por ejemplo, en su privacidad sexual, control de su tiempo y emociones (Greil, 1997; Guerra y Tirado, 2007). Ramezandezadeh et al. (2004) han expuesto que la edad y el tiempo de duración de la infertilidad también juegan un papel importante en la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva. En su estudio, el 40,8% de mujeres presentaban síntomas de depresión y el 86,6% síntomas de ansiedad, además la sintomatología ansiosa presentaba una relación significativa con los años de infertilidad. Asimismo, estudios de Hashemieh et al. (2013) mencionan entre sus hallazgos el hecho de que, con los años de infertilidad, las personas experimentan frustración, llegando a tener altos niveles de ansiedad. Los/las pacientes experimentan ansiedad por anticipación negativa sobre los

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

resultados del tratamiento, dudas sobre los efectos en su salud y en la de su posible descendencia, y ante la adaptación a la situación. Para los/las pacientes resulta difícil concentrarse en sus metas a largo plazo y continuar con sus vidas, mientras mantienen un régimen de tratamiento riguroso, se recuperan de procedimientos médicos, y se enfrentan a cambios de humor fluctuantes; muchos no logran apreciar la crisis actual como temporal. La pérdida de control es producto de que una persona en un momento determinado no confía en su capacidad de afrontar las demandas de una situación estresante.

Las mujeres y los hombres con problemas de infertilidad experimentan estrés y síntomas de ansiedad debido a su diagnóstico y a los tratamientos. En un estudio de Peterson, Newton y Feingold (2007) se observó la relación entre la ansiedad y el estrés sexual causado por la infertilidad. Los autores señalan que una de las manifestaciones más comunes del estrés es el estrés sexual. Éste ha sido definido como la pérdida del placer en las relaciones sexuales debido a la presión que ejercen los tratamientos al imponer horarios para su práctica; y por otra parte, la pérdida de autoestima en el plano sexual. Para estudiar esta relación utilizaron una herramienta específica para esta población, el Fertility Problem Inventory (FPI) que mide el nivel global de estrés relacionado con la infertilidad en una persona. Esta prueba incluye cinco subescalas que miden áreas más específicas del estrés durante las TRA, entre éstos el estrés sexual. Y también se utilizó el Beck Anxiety Inventory (BAI) que incluye cuatro subescalas: ansiedad neurofisiológica, autonómica, subjetiva y síntomas de pánico. Acorde con los resultados de otros estudios, los autores apreciaron que las mujeres reportaban un número mayor de síntomas de ansiedad que los hombres, y un 24% de ellas manifestaron síntomas moderados a graves de ansiedad, en comparación con un 7% de los hombres. De igual manera, en cuanto a estrés sexual, las mujeres refirieron mayor estrés que los hombres. Con respecto a la relación entre las dos variables, tanto hombres como mujeres mostraron un patrón similar. Las cuatro subescalas de ansiedad estaban relacionadas positivamente con el estrés sexual, lo que quiere decir que cuando los síntomas de ansiedad se incrementan, el estrés emocional también lo hace. Aunque la mayoría de participantes reportaron niveles clínicamente normales de ansiedad, los autores recomiendan prestar atención a las personas con niveles altos y, mencionan el riesgo de baja prognosis debido al abandono de los tratamientos.

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

En general, existe consenso en que la ansiedad es predominante en las mujeres de la pareja infértil. Por consiguiente, el hecho de que las mujeres reporten mayor sintomatología ansiosa que sus parejas refleja que el impacto percibido del tratamiento es mayor en ellas, ya que se encuentran más involucradas físicamente. No todas las personas con sintomatología ansiosa requieren de intervención. Normalmente, el consuelo, el estar presente, el abordar directamente sus preocupaciones y gestionar los síntomas suele ser suficiente. Las técnicas cognitivas-conductuales son ampliamente recomendadas por varios autores para el tratamiento de este trastorno en pacientes infértiles. El autocontrol, la desensibilización sistemática pueden ser de utilidad para estas personas, tanto durante el proceso como para futuros afrontamientos a situaciones estresantes. Otras técnicas recomendadas son: la reestructuración cognitiva, el adiestramiento en estrategias de afrontamiento activas orientadas a la resolución del problema, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de comportamiento asertivo, la terapia sexual y de pareja, y la aplicación de actividades gratificantes (Moreno y Guerra, 2009; Rich y Domar, 2016). Los niveles altos de ansiedad no son adaptativos y requieren una intervención psicológica, que puede incluir psicoterapia y/o terapia farmacológica (Irwin y Hirst, 2019).

2.2. Estado de Ánimo

Autores como Ying et al. (2015) en su revisión sugieren que la infertilidad juega un rol importante en el estado de ánimo de las personas. Las personas con infertilidad experimentan una gran presión debido a su diagnóstico, tienen que lidiar con el fracaso personal, familiar y cultural de las expectativas de parentalidad. A esto se suma un tratamiento médico demandante e invasivo. Todo ello puede derivar en que las personas sean más propensas a tener síntomas depresivos y que no dispongan de estrategias de afrontamiento suficientes.

Las manifestaciones de un estado de ánimo bajo pueden ser entre otras, la tristeza, la insensibilidad emocional, y la irritabilidad. Sus manifestaciones neuro-vegetativas pueden ser, la pérdida de energía, los cambios en el patrón de sueño, del apetito y del peso. En muchos pacientes con el estado de ánimo bajo, los síntomas remiten con el paso del tiempo. Sin embargo, algunos síntomas suelen persistir, los más comunes son: insomnio, humor tris-

te y falta de concentración. La persistencia de estos síntomas aumenta el riesgo de sufrir un trastorno depresivo (Williams y Nieuwsma, 2018). Además, estos autores indican que los trastornos depresivos no tratados están asociados a baja calidad de vida y bajos resultados fisiológicos en comorbilidad con otras enfermedades crónicas.

Los factores de riesgo para presentar un trastorno depresivo, y que deben ser tenidos en cuenta son: episodios depresivos previos, historia familiar, género femenino, traumas de la infancia, eventos estresantes, bajo apoyo social, enfermedades médicas graves y abuso de sustancias. La historia previa de trastornos depresivos es un factor de riesgo para la recurrencia de síntomas durante la evaluación y los TRA (Domar, 2018). En pacientes con infertilidad, las causas que sugieren mayor propensión a la sintomatología depresiva son: el fallo de múltiples ciclos de tratamiento, el estatus socioeconómico bajo y las nacionalidades extranjeras. En las mujeres se añade la falta de apoyo de la pareja (Joja, Dino y Paus, 2015). Estos autores recomiendan prestar especial atención a la presencia de estos factores en las personas infértiles durante las TRA.

Diversos estudios han evaluado el estado de ánimo de los/las pacientes con infertilidad en relación con otras características psicológicas. Por ejemplo, en el estudio de Galhardo, Cunha y Pinto-Gouveia (2011) se evaluó el estado de ánimo, la vergüenza interna y externa, la flexibilidad psicológica, y la autocompasión. Se encontraron niveles de sintomatología depresiva estadísticamente significativos y, puntuaciones altas en vergüenza interna y externa. Esto sugiere que los/las pacientes tienen una percepción negativa de sí mismos/as y se ven como personas con características negativas, no atractivos/as, defectuosos/as e inferiores. En cuanto a características psicológicas positivas, se encontraron bajos niveles de aceptación y autocompasión. Las parejas también tenían menor flexibilidad psicológica. Además, parecían tener dificultades en ser compasivos/as y comprensivos/as con ellos/as mismos/as con relación a su dolor y fracaso.

En la revisión de Ying et al. (2015) aparecen 17 estudios que evalúan el estado de ánimo entre la población infértil. Esta revisión nos aporta datos acerca de ciertas diferencias de género. El test más utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Hospital Anxiety

and Depression Scale (HADS). La conclusión de la gran mayoría de estudios fue que los síntomas depresivos son más frecuentes entre las mujeres, quienes son más propensas a sufrir estos síntomas que los hombres. No obstante, cuando el hombre estaba informado de que era él el responsable de la infertilidad, los niveles de sintomatología depresiva eran más altos que los de su pareja (Bak et al., 2012). En la misma línea, en Italia, Babore, Stuppia, Trumello, Candelori y Antonucci (2017) observaron la relación entre la sintomatología depresiva y la falta de apertura acerca de la infertilidad de los hombres en TRA. El principal hallazgo en esta investigación fue que el 51% de los hombres evaluados tenían una tendencia a no hablar sobre sus problemas y tratamientos de fertilidad con otras personas, ya sean familiares, o amistades. En contraste, sólo el 24% de mujeres tenían esta inclinación. Las mujeres que no encontraban dificultad en hablar acerca de su condición, lo hacían tanto con su familia como con sus amistades. Otro hallazgo importante fue que el factor masculino de infertilidad no estaba relacionado con puntuaciones altas en sintomatología depresiva en comparación con otras causas (femenina, mixta o idiopática). No obstante, encontraron que la interacción entre el factor de infertilidad masculina y la decisión de no hablar de su condición con otras personas, estaban relacionadas con la presencia de síntomas depresivos. Otro resultado significativo fue que la falta de apertura para hablar de los problemas de infertilidad parecía ser un factor de riesgo para sufrir síntomas de depresión. Los hombres que estaban menos inclinados a compartir su experiencia tenían una mayor propensión.

Para concluir, estos resultados manifiestan el malestar que experimentan las personas con infertilidad, el deterioro de su estado de ánimo y el peso que tiene el diagnóstico de esta enfermedad en su estado emocional, además los datos en cuanto a las diferencias de género se pueden interpretar como una consecuencia de la imposición de los roles de género. Se espera que el hombre sea la persona independiente y con autocontrol en la relación. Para el hombre es necesario no mostrar vulnerabilidad ante su pareja y ser su fuente de apoyo, negando así sus propias necesidades afectivas. Las consecuencias de estos patrones en los hombres son la carencia de estrategias de afrontamiento y la perpetuación de comportamientos dañinos para su propia integridad psicológica.

2.3. Estrés Emocional específico de la Infertilidad

El Estrés Emocional (EE) es una de las condiciones que afecta a las parejas durante los tratamientos de reproducción asistida. Este estrés puede reducir las oportunidades de conseguir un embarazo, debido a que sus síntomas consumen emocionalmente a las personas. El 30% abandonan prematuramente el tratamiento debido a su carga psicológica (Olivius, Friden, Borg, y Bergh 2004). El estrés se define como la respuesta de una persona a un estímulo o situación que influye en su equilibrio físico y psicológico. Puede provocar reacciones fisiológicas, cognitivas, emocionales, y conductuales. Las reacciones emocionales pueden ir desde síntomas como tensión, desasosiego, irritabilidad, miedo, hasta estados emocionales más duraderos como trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Las manifestaciones cognitivas del estrés pueden incluir falta de concentración y presencia de pensamientos automáticos.

Domar (2018a) considera que la infertilidad es una fuente de estrés para los/las pacientes debido en primer lugar, a las técnicas diagnósticas que suelen ser invasivas; en segundo lugar, al tratamiento en sí y, posteriormente, a los fallos del procedimiento (la mayoría de pacientes ya han experimentado fallos en ciclos anteriores). El nivel de estrés en los/las pacientes de FIV tiende a incrementarse cuando el tratamiento se intensifica y se prolonga en el tiempo. Adicionalmente, Domar (2018a) menciona que los medicamentos que se utilizan durante el proceso pueden contribuir a crear o aumentar síntomas depresivos, trastornos del humor, fatiga, nerviosismo, insomnio, dolores de cabeza y náuseas. Dado que la FIV es un tratamiento altamente invasivo y demandante, el estrés de los/las pacientes no es inesperado. De hecho, ellos han reconocido que la carga emocional del tratamiento es más fuerte que la carga física. El 49% de las mujeres, y el 15% de los hombres han expresado que la experiencia de la infertilidad ha sido el suceso más desagradable de sus vidas (Wichman et al., 2011). Asimismo, datos de un estudio de Boivin et al. (2011) demuestran que las personas que se someten a TRA esperan que el tratamiento sea estresante.

Un estudio llevado a cabo en Dinamarca (Ebbesen, 2009) investigó la asociación entre los resultados de FIV y eventos estresantes en la vida de los/las participantes. Entre las conclusiones, destaca que el estrés puede reducir las posibilidades de embarazo posible-

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

mente debido a mecanismos psicobiológicos (baja captación de ovocitos). Las mujeres que se quedaron embarazadas refirieron menos eventos estresantes que las que no lo consiguieron. Los datos de este estudio sugieren que la reducida tasa de embarazos está asociada con la experiencia de eventos negativos y que una exposición prolongada a estos eventos puede indicar la presencia de estrés crónico. Los eventos negativos van desde haber experimentado violencia o amenazas de violencia, a tener un familiar cercano con una enfermedad seria.

En la misma línea, en un metaanálisis de Boivin, Griffiths y Venetis (2011) se analizaron 14 estudios psicosociales sobre el EE en mujeres infértiles. El objetivo era observar si los pre-tratamientos para el EE en mujeres estaban asociados a la consecución del embarazo tras un ciclo de reproducción asistida en comparación con las que no lo consiguieron. El resultado del metaanálisis demostró que no hay asociación entre las dos variables y que los tratamientos para el EE en pacientes sometidas a TRA no comprometen las oportunidades de quedar embarazadas. Sin embargo, afectan al bienestar de la mujer y su pareja. Boivin et al. (2011) mencionan en este estudio que existen creencias comunes entre las mujeres infértiles como que el estrés y el nerviosismo son factores que contribuyen a no poder quedarse embarazadas espontáneamente y merman el éxito de las TRA. Muchas mujeres hacen promesas y negociaciones consigo mismas o creen que realizar actividades saludables se correlaciona con la obtención de mejores resultados reproductivos. Las mujeres en la actualidad intentan controlar su fertilidad para optimizar sus oportunidades de quedarse embarazadas. La mayoría lo pretende con terapias alternativas y naturales (acupuntura, yoga, infusiones medicinales, rezos y mantras). Sin embargo, hasta el momento no existe evidencia de que ninguna de estas prácticas sea eficaz. Estas creencias se basan en casos anecdóticos y, por lo tanto, son mitos.

Independientemente de las creencias de las personas, es necesario describir los casos reales. La mayor parte de las veces, son necesarios múltiples ciclos para conseguir el embarazo. Asimismo, es común que los tratamientos se retrasen más de lo esperado y, que eventualmente surjan complicaciones que se encuentran fuera del control de los/las especialistas y de los/las pacientes. En consecuencia, es evidente que el proceso produce preocupación,

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

tensión y estrés en las personas. Boivin et al. (2011) concluyen que los/las médicos/as no deben reafirmar estos mitos sobre el estrés emocional. Por último, señala que el tratamiento por profesionales de la salud mental a las mujeres sometidas a TRA con niveles clínicos y subclínicos de EE, mejora su calidad de vida durante el tratamiento, favorece la comunicación con los/las facultativos/as y ayuda a hacer frente al período de espera tras la transferencia de embriones (Lancastle, 2008; Tuil, 2006).

Por otra parte, es bien sabido que el estrés emocional varía durante los ciclos de tratamiento de FIV e ICSI, con picos durante la captación de ovocitos, transferencia embrionaria y el período de espera previo al test de embarazo (Boivin y Takefman, 1996). El afecto emocional positivo en las mujeres disminuye y la sintomatología ansiosa y el estrés llegan a niveles más altos cuando los/las pacientes se anticipan a los resultados. Dos de cada 10 mujeres experimentan niveles clínicamente significativos de bajada de estado de ánimo cuando el tratamiento no tiene éxito (Muñoz et al., 2009; Domar, 2018). En la misma línea, Pasch et al. (2016) estudiaron a pacientes en RA y encontraron que aproximadamente el 50% de las mujeres y el 30% de los hombres presentaban sintomatología ansiosa, y que el 25% de las mujeres y el 10% de los hombres presentaban sintomatología depresiva. Una gran parte de mujeres y hombres experimentan niveles clínicamente significativos de sintomatología depresiva y ansiosa en alguna etapa del tratamiento.

Los estudios demuestran que la esfera cultural y de género de las parejas sometidas a TRA no escapa a las tendencias mundiales en cuanto a prevalencia de desórdenes psicológicos en pacientes infértiles. Autoras como Muñoz et al. (2009) y Pérez y Barraca (2014), destacan que la valoración que la pareja tiene acerca de la experiencia de infertilidad varía según el género. Las mujeres, desde un punto de vista social y cultural, consideran más importante el deseo de ser madres. Los hombres, por otra parte, lo relacionan con aspectos de virilidad, potencia sexual y el cumplir con su rol masculino dentro de la relación.

En Asia, una cultura donde el machismo se encuentra arraigado, se pueden encontrar resultados similares a la sociedad Occidental. En un estudio preliminar sobre las diferencias psicológicas en parejas infértiles de Musa et al. (2014), se confirma que las mujeres presentan mayor vulnerabilidad psicológica que los hombres. La prevalencia de trastornos depresi-

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

vos es de 30% a 40% entre las mujeres que participaron en el estudio con una morbilidad psiquiátrica del 61,1%. Las mujeres manifestaban baja autoestima y culpa ya que el rol principal de la mujer en Oriente es procrear y cuidar a su familia. Este estudio revela que la sintomatología depresiva y la sintomatología ansiosa son altamente comórbidas y que, además, el estrés es a la vez disparador y consecuencia del EE. En la misma línea, la prevalencia de los trastornos de ansiedad y del ánimo en población infértil ha sido estudiada por Chen et al. (2004) en Taipei. En este estudio se puede observar que la frecuencia de sufrir un trastorno depresivo es del 26,8%, y la frecuencia de sufrir un trastorno ansioso es del 28,6%. Los más comunes son el TAG con una prevalencia del 23,2%, y el Trastorno Depresivo Mayor con una prevalencia del 17%. Así mismo, la comorbilidad de los trastornos depresivos y ansiosos es común: el 15% de los/las pacientes presentaban ambos desórdenes. Dentro de sus resultados se destaca el hecho de que solo el 6.7% de estos pacientes hayan consultado con un profesional de la salud mental antes de buscar ayuda en la clínica de RA. Estos hallazgos resultan llamativos, sus autores resaltan la importancia de los factores culturales, manifestando una vez más el hecho de que en la cultura Oriental se da más importancia a la familia que al individuo en sí. Insisten en la relevancia de un cribado entre los/las pacientes en riesgo de sufrir un trastorno psiquiátrico que requieren ayuda profesional.

No obstante, autores como Moreno-Rosset et al. (2009) destacan que no se trata de una población clínica ya que la prevalencia de las alteraciones psicológicas es similar a las de la población general. Como se acaba de indicar, las principales reacciones emocionales descritas en la literatura ante el diagnóstico de infertilidad son la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa. Antequera et al. (2008) exponen que esta sintomatología encaja en el concepto de Desajuste Emocional (DE), y no en el de una alteración psicopatológica. Frecuentemente se habla de la depresión y de la ansiedad como entidades clínicas, pero no se tiene en cuenta que sus síntomas han sido detectados a través de cuestionarios de autoinforme. Al no existir un proceso de evaluación por un profesional de la salud mental, no tienen un carácter diagnóstico.

2.4. Antes, durante y después de las TRA: Diferencias de género

Las diferencias en las reacciones emocionales entre hombres y mujeres sometidos a los TRA son evidentes. Se ha mencionado anteriormente algunos datos que sustentan esta afirmación (Musa et al., 2014; Pasch et al., 2016). Por ejemplo, en el estudio de Boivin et al. (1999) se encontró que el 17% de los hombres reportaban alto estrés emocional y, en el caso de las mujeres, el 26% del total presentaba niveles similares o superiores. También es conocido que la infertilidad y su tratamiento afectan a la pareja como díada. Debido a diferencias bioquímicas, procesos de socialización y expectativas de rol de género es razonable suponer que las mujeres y los hombres pueden experimentar y reaccionar de forma diferente ante la infertilidad. En general, existe la percepción de que los hombres están menos preocupados acerca de los aspectos psicológicos de la infertilidad debido a que manifiestan menor malestar que las mujeres.

En el caso de las mujeres solteras con deseo genésico y de las parejas de mujeres homosexuales que, a priori, no tienen una patología que impida llevar a cabo la concepción, las dificultades también son experimentadas negativamente, aunque de diferente manera.

A continuación, se detallan las diferencias de género en cuanto al estado emocional durante las diferentes fases del tratamiento de FIV, debido a que la mayor parte de datos encontrados se basan en esta técnica por ser la más utilizada.

2.4.1. Antes de la FIV

Eugster y Vingerhoets (1999) hacen una revisión sobre los primeros estudios acerca del estado psicológico de las parejas previo al inicio de un ciclo de FIV y sugieren que las parejas que inician tratamientos de reproducción asistida sin experiencia previa suelen estar ajustados psicológicamente. En esta revisión, al evaluar los recursos adaptativos, la personalidad, la autoestima, la salud en general, la ansiedad y el estado de ánimo, los resultados mostraron una pequeña diferencia en relación con la norma. Aunque las puntuaciones en

ansiedad estado-rasgo en las mujeres estaban ligeramente elevadas teniendo en cuenta los baremos, los resultados de salud en general, estado de ánimo, personalidad y autoestima se encontraban dentro de la normalidad. Por esta razón, los autores concluyeron que, en general, los/las pacientes de FIV estaban adecuadamente ajustados, aunque se debe señalar que no tuvieron en cuenta su historia clínica y el tiempo de infertilidad. Estos hallazgos resultaron contrarios a sus expectativas. Por ello manifestaron que solo las parejas psicológicamente bien adaptadas podrían buscar ayuda médica para alcanzar su objetivo y estar capacitados para afrontar las demandas de un tratamiento de FIV. Otra explicación es que, al haber experimentado años con esta condición, pueden haber desarrollado estrategias para manejar el estrés asociado a ésta. En la misma línea, Beaurepaire et al. (1994) Sejbaek, Hageman, Pinborg, Hougaard y Schmidt (2013), manifiestan que la razón por la que las mujeres presentan niveles relativamente normales de estado de ánimo se debe a que después del shock en el diagnóstico, que indica la pérdida de su capacidad reproductiva, inician el primer ciclo de FIV con altas expectativas de éxito del tratamiento. Esta situación logra mitigar temporalmente los sentimientos de pérdida.

Milazzo et al. (2016) afirma que ambos miembros de la pareja tienen expectativas poco realistas y son excesivamente optimistas en cuanto al éxito del tratamiento de FIV (la capacidad reproductiva es presupuesta). Sin embargo, después de repetidos fallos del tratamiento, los sentimientos de pérdida se vuelven constantes y concretos ya que la mujer se da cuenta de que probablemente no pueda tener un/a hijo/a. Esto causa que las mujeres con recursos de afrontamiento menos efectivos sean más vulnerables a sufrir trastornos depresivos. En esta misma línea, Pérez y Barraca (2014) demuestran que las puntuaciones referentes a recursos adaptativos descienden a medida que el tratamiento avanza, en ambos miembros de la pareja, poniendo en riesgo su estado psicológico.

Otros estudios, como los de Visser et al. (1994) y Slade et al. (1997) encontraron que las mujeres, antes de su primer ciclo de FIV, puntúan considerablemente más alto en ansiedad (estado-rasgo) y en sintomatología depresiva que sus parejas, y que tienen unas puntuaciones significativamente menores en autoestima. En la calidad de la relación en el matrimonio, las mujeres se encuentran menos satisfechas. Se observa que sus puntuaciones son más bajas que las de sus parejas y se encuentran por debajo de la media. Del mismo modo, es-

tudios de Biringer, Howard, Kessler, Stewart y Mykletum (2015) y Galhardo, Moura-Ramos y Pinto-Gouveia (2016) indican que los síntomas de depresión y ansiedad son comparables a los de la población general, sin embargo, estos niveles de sintomatología eran más altos en las mujeres de la pareja. Estos resultados se atribuyen a factores como el tiempo de duración de la infertilidad y la intensidad del tratamiento.

Investigaciones acerca del estrés específico de la infertilidad de Wichman et al. (2011) comparan los resultados de hombres y mujeres evaluados psicológicamente antes de empezar su primer ciclo de FIV. Los resultados mostraron que el 66% de las mujeres y el 50% de los hombres experimentaron niveles leves a moderados de estrés específico en relación con la infertilidad. Asimismo, estudios de Smeenk et al. (2001) clarifican que los/las pacientes experimentan síntomas depresivos y ansiosos debido a la incertidumbre del tratamiento que va a iniciar.

Actualmente, se considera que, a pesar de que tanto el hombre como la mujer pueden ser infértiles, la mujer soporta la mayor parte de la evaluación de infertilidad y del tratamiento, lo que le causa incomodidad. Sin embargo, aunque exista menor cantidad de investigación acerca de la experiencia de los hombres infértiles, los estudios han revelado que la respuesta emocional de hombres y mujeres es similar. Se ha señalado que los hombres infértiles tienen mayor incidencia de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, estrés, insatisfacción sexual y peor calidad de vida que los hombres fértiles. Además, la baja calidad de semen puede afectar a la percepción de su masculinidad (Ying, Wu y Loke, 2015). De igual manera, Bártolo et al. (2016) estudiaron la relación entre el ajuste psicológico y los parámetros de semen de hombres infértiles. Sus resultados señalan que los hombres que van a someterse por primera vez a un tratamiento de FIV presentan niveles altos de ansiedad (estado). Su conclusión fue que la sintomatología depresiva no parece ser un predictor de alteraciones en la calidad del semen. No obstante, sus síntomas en comorbilidad incrementan el efecto global del estado de ansiedad como predictor de una peor motilidad del espermatozoide. Entre sus recomendaciones encontramos: evaluar a la pareja, adoptar intervenciones psicológicas enfocadas a reducir los síntomas psicopatológicos del hombre y potenciar sus recursos de afrontamiento personales. Incluso, estos autores, consideran que cuando se encuentran en lista de espera se puede prevenir el impacto negativo de la infertilidad en la pareja.

2.4.2. Durante la FIV

En 1994 Laffont y Edelmann realizaron un estudio sobre las diferencias de género en el estado emocional durante el tratamiento de FIV. Los datos fueron recogidos en un punto en el tiempo: las mujeres durante la estimulación hormonal, y los hombres antes de la recolección del semen. Tanto las mujeres como los hombres indicaron que el esperar para saber si se había producido el embarazo y una FIV fallida eran los eventos más estresantes, siendo las puntuaciones de las mujeres significativamente más altas que las de los hombres. En la misma línea, Eugster et al. (1999) señalaron varios momentos especialmente estresantes para las mujeres y los hombres durante el tratamiento de FIV. Entre ellos están el tiempo de espera para realizar el test de embarazo, el saber su resultado y una FIV fallida. Las mujeres refieren un incremento de la tensión antes de la transferencia embrionaria, que baja durante el procedimiento y vuelve a subir considerablemente en el período de espera para saber si los embriones se han implantado. Las fases en las que no se está en contacto con el cuidado médico se consideran las más estresantes y no hay diferencias significativas entre los resultados de mujeres y hombres. Mirasol (2015) ha encontrado resultados similares. Además, manifiesta que los/las pacientes tienen la percepción de que es necesario más apoyo emocional por parte del personal sanitario durante los tratamientos, individualizando cada caso, ya que consideran que las circunstancias de cada persona son distintas y requieren una atención diferente.

Por otra parte, existe un dilema en el alcance de los resultados de Laffont y Edelmann (1994) en consideración a las diferencias de género. Los autores tienen en cuenta que las mujeres fueron evaluadas durante la estimulación hormonal, siendo conocido comúnmente que los medicamentos que se utilizan para estimular los ovarios pueden afectar negativamente el humor de las mujeres. Por este motivo, los resultados obtenidos son considerados un reflejo de los efectos de la estimulación hormonal en el estado de ánimo de la mujer y no como el resultado de los aspectos estresantes del tratamiento. Del mismo modo, Moreno-Rosset (2010) indica que la existencia de cambios emocionales durante el ciclo de tratamiento puede hacer variar las conclusiones de cualquier investigación dependiendo del momento en el que se hayan realizado las evaluaciones.

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

En cuanto a estudios acerca de la presencia de sintomatología ansiosa, hallazgos de Beaurepaire et al. (1994) y Smeenk et al. (2001) sugieren que tanto los hombres como las mujeres experimentan síntomas de ansiedad durante los ciclos de FIV, sin importar si es su primer ciclo o si es un ciclo repetido. El estado de ansiedad puede ser considerado como un indicador del uso de estrategias de afrontamiento insuficientes; mientras que el rasgo puede ser observado como un indicador de la ineficacia crónica del uso de estrategias de afrontamiento. En otras palabras, el estado de ansiedad es visto como un efecto agudo del procedimiento debido, por ejemplo, a la incertidumbre de su resultado; mientras que el rasgo refleja un estado crónico de ansiedad como producto de la experiencia de infertilidad o procedimientos fallidos previos. Sin embargo, en estudios más recientes se obtiene resultados que indican que la prevalencia de la sintomatología ansiosa en las mujeres es mayor que en los hombres (Anderson et al., 2003; Ying et al., 2015). En el estudio de Anderson et al. (2003) se afirmó que hay una diferencia entre hombres y mujeres en los niveles de ansiedad y que ésta diferencia permanece sin alterarse incluso tras seis meses de seguimiento. Del mismo modo, en la revisión de Ying et al. (2015) se llegó a la conclusión de que las mujeres presentaban niveles más altos de síntomas de ansiedad que sus parejas masculinas.

También se ha reportado disminución de satisfacción sexual entre las parejas dado que, en algunos tratamientos, las relaciones sexuales son prescritas en tiempos específicos. En lugar de ser un momento para compartir la intimidad, el sexo se convierte en una tarea, y la llegada de la menstruación marca otro mes de fracaso. Las parejas experimentan gran frustración y piensan que el próximo mes tienen que esforzarse más. Acorde con Gerrity (2001) esta dinámica crea un círculo que puede llevar a la desesperación, e incrementar las dificultades en la pareja. Las mujeres suelen referir disminución en el deseo sexual y mayor tensión dentro de la relación de pareja. Los hombres, por su parte, refieren menor capacidad para controlar la eyaculación. Tanto mujeres como hombres manifiestan bajos niveles de satisfacción sexual y pérdida de confianza en su propio cuerpo (Peterson et al. 2012).

En 1997, Greil ya mencionaba otra de las dificultades estudiadas acerca del impacto del tratamiento de FIV. Este autor sostiene que la identidad, la autoestima y la autoimagen se ven afectadas por la experiencia de infertilidad. Tanto hombres como mujeres tienen miedo a no ser capaces de concebir y dado que la capacidad de concebir está relacionada con

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

creencias sociales y culturales sobre la identidad sexual, el fallo de la concepción reduce su auto-percepción de los constructos feminidad y masculinidad. Se aprecia una pérdida del amor propio, de auto-confianza, optimismo y satisfacción con la vida. En estudios recientes, Ying et al. (2015) afirman que las mujeres experimentan una crisis de identidad mayor que la de sus parejas masculinas. La infertilidad afecta a su feminidad, aunque no sea de causa femenina. En esta revisión, siete estudios examinaron la autoestima de las parejas comparando sus resultados con población no infértil. Los siete estudios coincidieron en que la mujer tiene una mayor pérdida de la autoestima que el hombre y que las parejas con infertilidad tienen menos autoestima que las del grupo control. En la revisión también se exponen importantes datos acerca de los sentimientos de vergüenza que experimentan las parejas. Las mujeres experimentan más vergüenza interna y externa que los hombres. La vergüenza interna se refiere a los juicios negativos de la persona acerca de su personalidad, sentimientos y deseos. La vergüenza externa, por otra parte, corresponde al juicio global de cómo las personas sienten que los demás los perciben. Galhardo et al. (2011) señalan que estos sentimientos son predictores fuertes de síntomas depresivos en las parejas infértiles y tienen una asociación directa con el estrés.

Estudios acerca de la calidad de vida de las personas durante las TRA muestran que los hombres puntúan significativamente mejor que las mujeres en aspectos emocionales y físicos se sienten más satisfechos con su relación marital y más cómodos frente a situaciones sociales. Haica (2013) estudió la asociación entre la calidad de vida y el ajuste diádico. Sus resultados señalan que la infertilidad está asociada con el estrés emocional y que un nivel bajo de calidad de vida está relacionado con baja autoaceptación, alto nivel de estrés emocional y bajo ajuste diádico. Sin embargo, también se menciona que algunas parejas se han beneficiado de la experiencia de infertilidad. En una revisión de literatura de años anteriores, Greil, Slauson-Blevins y McQuillan (2010) indican que varios autores coinciden con el hecho de que la infertilidad ha resultado en un fortalecimiento de la relación al ser una experiencia compartida.

Adicionalmente, en el ámbito social, las mujeres indicaron que el tratamiento de FIV causa mayor conflicto con su trabajo y en sus actividades de ocio que los hombres. De acuerdo con los investigadores, estas diferencias de género son consistentes con el hecho de que la

mujer tiene un mayor compromiso personal en el proceso (Laffont y Eddelman, 1994). En la misma línea, estudios realizados en Sudáfrica (Mabasa, 2002), Irán (Ramezanzadeh et al, 2004) Nigeria (Dimka y Dein, 2007), Inglaterra (Slade et al., 2007), Pakistán (Mumtaz et al., 2013) y China (Ying et al. 2015) señalan que la mujer experimenta mayor estigma dentro de la comunidad, siendo incluso causa de exclusión y de violencia física y verbal. Además, en algunas sociedades el constructo maternidad está ligado al constructo matrimonio. El estigma está relacionado con mayor estrés y menor apoyo percibido, tanto en mujeres como en hombres. También se reveló que la experiencia del estigma de la infertilidad podía ser más doloroso que la infertilidad en sí (Ying et al., 2015).

2.4.3. Después de la FIV

Para muchas parejas, la FIV es la última alternativa para conseguir un bebé “propio”. Cuando el tratamiento ha fallado, las parejas tienen que enfrentar su infertilidad. Las diferentes fases del tratamiento pueden afectar negativamente su funcionamiento psicológico. En entrevistas posteriores a la FIV, las parejas mencionaron las siguientes causas del malestar: las expectativas y los síntomas de ansiedad directamente relacionadas al procedimiento, su historia de infertilidad, el temor a la captación de ovocitos, la incertidumbre sobre los posibles efectos negativos en su matrimonio y la ansiedad no identificada acerca del embarazo (Eugster et al., 1999; McMahon et al., 2013).

Según Wischman, Korge, Scherg, Strowitzki y Verres (2012) después del fallo de un ciclo de FIV los/las pacientes experimentan tensión severa, decepción, tristeza, ira y síntomas de depresión entre las reacciones más frecuentes. Estos síntomas son más pronunciados en la mujer que en el hombre y pueden persistir durante largos períodos de tiempo. Los sentimientos de impotencia, culpa y pérdida también son comunes después de una FIV no exitosa y son experimentados de una forma más intensa por las mujeres. Así mismo, las personas se pueden sentir engañadas después de soportar un tratamiento agotador y no obtener un resultado positivo a cambio.

En términos de presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, el estudio de Cousineau y Domar (2007) refleja que un 66% de mujeres, y un 40% de hombres refieren síntomas de

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

depresión después de una FIV sin éxito. Estos síntomas son más agudos inmediatamente después del fallo y disminuyen con el paso del tiempo. Un tercio de los/las participantes mantenía sintomatología depresiva hasta 18 meses después del fallo del tratamiento, y las mujeres reportaban mayor gravedad sintomática que los hombres. Investigaciones de Sejbæk et al. (2013) concuerdan con estos resultados ya que han observado que más del 60% de las mujeres que han atravesado por un TRA fueron diagnosticadas con trastornos depresivos después de ser dadas de alta de sus tratamientos de fertilidad sin haber conseguido un embarazo. Del mismo modo, en estudios más recientes, Milazzo et al. (2016) han publicado un metaanálisis acerca de las consecuencias psicológicas del fallo de las TRA. Entre los resultados más relevantes encontraron que la sintomatología depresiva y ansiosa se incrementaban cuando hay un tratamiento fallido, la correlación entre estas variables era positiva tanto en mujeres como en hombres. Por otra parte, observaron que, sin importar el resultado del tratamiento, los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa iban disminuyendo con el paso del tiempo. No obstante, las personas que habían atravesado un ciclo fallido continuaban teniendo niveles estadísticamente significativos de sintomatología depresiva y ansiosa después de seis meses de los procedimientos. Este metaanálisis también reveló que las mujeres experimentan mayor malestar emocional que los hombres. Las parejas experimentan sensación de urgencia y manifiestan una preocupación por el tiempo, les provoca ansiedad la sensación de que éste pasa y se agota.

En cuanto a la esfera biopsicosocial, encontramos en un estudio de Slade et al. (1997) en el que examinaron a parejas seis meses después de terminar el tratamiento y completar tres ciclos fallidos de FIV. Las parejas se encontraban más angustiadas y tenían un peor ajuste marital y sexual que las parejas que habían alcanzado un embarazo. Según la teoría biopsicosocial, mencionada en Gerrity (2001), la infertilidad es una crisis de vida aguda y un evento fallido con complicaciones a largo plazo para la persona, su pareja, su relación y su familia. Los aspectos estresantes de la infertilidad ocurren en las esferas existenciales, físicas, emocionales e interpersonales, y pueden sobrepasar los mecanismos de defensa habituales de una persona. El fallo de concepción también plantea dudas en la persona sobre su competencia en otros roles, como la paternidad y en su relación marital. Del mismo modo, en una investigación de Wischman et al. (2012) se observó que las parejas que no logran con-

cebir presentan menor autoestima que las parejas con hijos/as. Este hecho es interpretado como un indicador de la mala adaptación a largo plazo al resultado de sus tratamientos.

Por otra parte, al tomar en cuenta el escenario donde las parejas logran concebir, los estudios evidencian que el tiempo de infertilidad de la pareja y la historia de fracaso en TRA afectan al nivel de ansiedad durante el embarazo e, incluso, que la carga emocional de la infertilidad permanece en el 20% de las mujeres después del parto (Blake, Jadva, y Golombok, 2014; Hashemieh et al., 2013). También señalan que la sintomatología ansiosa y depresiva incrementa el riesgo de complicaciones durante el embarazo, siendo éstas, abortos espontáneos, preeclampsia y bebés de bajo peso. Posteriormente, se ha evidenciado que estos niños tienen cierto retraso en el desarrollo y bajas puntuaciones en tests neurocomportamentales. En este estudio, Hashemieh et al. (2013) también aportan datos interesantes que concuerdan con investigaciones realizadas en Europa por Poikkeus et al. (2014). Entre estos datos destacan que, a mayor tiempo de infertilidad, mayor sintomatología ansiosa y que el estrés puede ser causado por los altos niveles de exposición hormonal, hiperestimulación ovárica y procesos quirúrgicos que se presentan durante el proceso.

Poikkeus et al. (2014) señalan en un estudio, realizado en Finlandia, sobre la asociación de distintos factores psicosociales a la experiencia del parto que el proceso obstétrico es clave. El dolor intolerable y la cesárea también son factores de riesgo para la insatisfacción con el nacimiento del bebé. Usualmente, el DE se resuelve al conseguir el embarazo. Sin embargo, en algunas mujeres, la infertilidad precedente puede aumentar los síntomas de ansiedad durante el embarazo y en el nacimiento. Estas mujeres tienen mayor dificultad para prepararse para el nacimiento del bebé, son más vulnerables emocionalmente y pueden tener potenciales complicaciones y procesos obstétricos incómodos. Además, algunas pueden experimentar DE aún después del parto. Los resultados de este estudio también muestran que el bajo nivel educativo puede estar vinculado con el miedo al parto y la insatisfacción con el nacimiento del niño. Así mismo, las mujeres primíparas pueden experimentar este miedo debido a expectativas no realistas en lo que concierne el parto. Adicionalmente, la ausencia de la pareja también es un factor importante en el proceso (Poikkeus et al., 2014). Los autores recomiendan al personal vinculado a la RA un acercamiento sensible a las pacientes que requieren procesos obstétricos más complicados, como cesárea, o que no

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

se encuentran acompañadas por su pareja. Estas mujeres presentan una vulnerabilidad especial dado que la mayoría prefiere un parto natural tomando en cuenta la manera como han concebido.

En la Tabla 2 se resumen las experiencias de los/las pacientes a lo largo del proceso de Reproducción Asistida.

Tabla 2

Experiencias de los/las pacientes antes, durante y después de los TRA

	Antes	Durante	Después	
			Tratamiento sin éxito	Tratamiento con éxito
Conductuales	Los/las pacientes rechazan el tratamiento debido a objeciones éticas, preocupaciones o carga psicológica.	Uno de cinco pacientes no completa su tratamiento debido a la carga psicológica.	Los/las pacientes se ven enfrentados a una nueva crisis individual y de pareja, donde se deben replantear metas y planes futuros.	Las parejas que consiguen embarazo con TRA practican hábitos de vida similares a las que lo consiguen espontáneamente.
Relacionales y Sociales	Las mujeres experimentan mayor estrés social específico que los hombres.	Las mujeres reportan más intimidad con su pareja durante los ciclos de FIV/ ICSI que durante un ciclo menstrual normal.	Las personas que permanecen sin hijos/as durante cinco años después de las TRA sin éxito suelen usar pastillas para dormir, fumar o consumir más alcohol.	Dificultad de adaptarse al embarazo, algunos pacientes se sienten incompetentes en cuanto al nuevo rol de parentalidad.
Emocionales	Los/las pacientes no presentan más sintomatología depresiva que la población general.	Los síntomas de ansiedad aumentan durante el tratamiento. El afecto emocional positivo de las mujeres disminuye en el periodo de espera antes del test de embarazo.	Las mujeres que permanecen sin hijos/as después de 10 años de TRA, son más proclives a desarrollar desórdenes psiquiátricos.	Las mujeres que conciben con TRA pueden experimentar ansiedad específica de la infertilidad.
Cognitivas	El uso de estrategias de afrontamiento activas está asociado a menor estrés.	Los/las pacientes reportan preocupación moderada/alta sobre conseguir la gestación de un niño sano.	Las parejas con estrategias de afrontamiento insuficientes no lograr superar la frustración de un TRA sin éxito.	Miedo a perder el embarazo, o que el bebé no nazca sano.

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Por otra parte, Guerra y Tirado (2007) sostienen que la infertilidad es una experiencia que implica múltiples pérdidas para las personas infértiles y enumeran entre estos sentimientos de pérdida los más importantes:

1. La pérdida de control sobre su vida, su privacidad sexual, su tiempo y control de emociones.
2. Pérdida de la continuidad genética al no poder tener un hijo/a relacionado/a genéticamente.
3. Pérdida de la posibilidad de tener un hijo/a con la pareja que comparte su vida, para algunas parejas el hijo/a constituye un vínculo final.
4. Pérdida de la satisfacción física del embarazo y nacimiento, no solo por parte de la mujer, sino de la pareja en sí. El compartir esta experiencia representa para muchos la meta de su vida.
5. Pérdida de la gratificación emocional del embarazo y nacimiento dado que las mujeres y las parejas desean vivir y compartir esta experiencia.
6. Pérdida de la posibilidad de darles a los abuelos un nieto/a consanguíneo/a.
7. Pérdida de la pertenencia al grupo de amigos con hijos/as, muchas mujeres y parejas se aíslan de su grupo de amistades por este motivo.

Guerra y Tirado (2007) también consideran que las personas con infertilidad experimentan las siguientes etapas de duelo después de haber sido dadas de alta de los servicios de Reproducción Humana:

1. Shock. La primera reacción al diagnóstico de infertilidad es el shock, las personas no contaban con esta situación, no la aceptan y entran en un estado de negación.

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

2. Enfadado. El enfado puede ser la respuesta más común ante la frustración. Las personas infértiles se sienten incomprendidas, el sentimiento de injusticia está presente y, en ocasiones, la ira puede ser vertida en el cónyuge. La presión psicológica en este punto es grande y trae considerables dificultades en la comunicación.
3. Negociación. En esta etapa la situación se encuentra fuera de control. Las personas se encuentran desesperadas, dispuestas a hacer cualquier cosa con el fin de recuperarlo. Frecuentemente se intenta negociar con Dios (si la persona es religiosa), o consigo misma (se suelen hacer compromisos o promesas).
4. Desesperanza. Las personas experimentan dolor, síntomas de depresión e impotencia. También aparecen sentimientos de culpa e inadecuación. La pareja tiene la sensación de que nunca podrán ser padres, en especial cuando ya han experimentado ciclos de tratamiento sin éxito.
5. Aceptación. En situaciones normales, cuando la persona se ha rendido a la desesperación de su duelo, puede comenzar a superarlo, a reorganizarse y aproximarse a la aceptación y resolución. El recorrido hasta esta aceptación varía de una persona a otra en tiempo e intensidad, es diferente para las mujeres y para los hombres. Cuando la persona ha logrado adaptarse y controlar la situación, se puede tomar decisiones respecto al camino a seguir.
6. Alternativas y esperanza. En esta etapa se pueden plantear alternativas diferentes para lograr ser padres, o permanecer sin hijos/as.

Se debe tener en cuenta que los duelos no resueltos pueden afectar significativamente la vida de las personas tanto a nivel emocional, físico como relacional. Todos estos sentimientos y emociones se deberían trabajar en profundidad en las sesiones de tratamiento psicológico.

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Todo lo comentado a lo largo de este apartado pone de relieve la necesidad de la atención e intervención psicológica en parejas infértiles que se encuentran en un proceso de RA. Aunque la evidencia señale que las mujeres presentan mayor prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva, estrés emocional y baja autoestima, tanto ella como su pareja están implicados en una situación estresante.

En primer lugar, la intervención psicológica debería ir dirigida a prevenir potenciales psicopatologías. En segundo lugar, como ha sido expuesto por autores como Lancaster (2008) y Tuil (2006), a mejorar su calidad de vida; y, en tercer lugar, a preparar a los padres para el embarazo y la paternidad. Es sustancial prevenir que las consecuencias del desajuste emocional continúen durante la gestación y de este modo puedan llegar a dañar al feto o afectar la salud de la madre. Los autores también comparten la recomendación de que las intervenciones de apoyo apunten a mejorar su relación marital.

En resumen, se puede decir que la gran mayoría de estudios indican que las mujeres manifiestan consistentemente niveles más altos de malestar psicológico y físico que los hombres. Algunos muestran que, en algunas sociedades, las normas culturales todavía hacen énfasis en la importancia de tener hijos/as como el rol principal de la mujer, lo cual explica, en parte, las diferencias de género en cuanto al malestar emocional. Esto nos indica que la experiencia de la infertilidad se encuentra marcada por el contexto sociocultural e histórico y se ve afectada por factores como la etnia, religión y clase social. Por esta razón, el contexto social debe ser considerado tanto en la investigación, como en la práctica e intervención. Al valorar la estrecha relación entre las creencias, los valores individuales y valores imperantes en las diversas sociedades, se podrá conducir de mejor manera un tratamiento óptimo para solventar las necesidades de las personas (Greil, 1997; Llavona, 2008).

2.5. Impacto del Estrés Emocional en el abandono de las TRA

Numerosas investigaciones han demostrado que la carga psicológica asociada al tratamiento de la infertilidad provoca el EE que está detrás del abandono cuando los/las pacientes terminan voluntariamente la TRA antes de agotar los ciclos cubiertos por la seguridad

social (Bensdorp et al., 2016; Domar, Rooney, Hacker, Sakkas y Dodge, 2018; Land, Courtar y Evers, 1998; Mindes, 2018).

La investigación de Lopes et al. (2014) expone que las mujeres que experimentan cogniciones de impotencia y niveles altos de sintomatología depresiva son más propensas a abandonar el tratamiento. La impotencia se refiere a un sentimiento de falta de control sobre la infertilidad y está asociada con bajo concepto personal. Por otra parte, los hombres que tienen una alta aceptación de su diagnóstico de infertilidad y niveles altos de ansiedad son más proclives a abandonar el tratamiento. Y desde otra perspectiva, la aceptación de una vida sin hijos/as puede llegar a condicionar la decisión de pacientes con niveles altos de síntomas de ansiedad y depresión a terminar prematuramente sus tratamientos de infertilidad. Los autores concluyen que los factores de riesgo de sufrir estrés emocional están asociados con la intención de abandonar los TRA.

Por otra parte, en comparaciones entre las tasas de abandono entre pacientes de FIV e IA, hallazgos de Boivin y Takefman (1996) describen que los periodos más estresantes del tratamiento de FIV se dan durante la aspiración de ovocitos, la transferencia de embriones y las dos semanas de espera previas a la prueba de embarazo. Estos autores concluyen que la experiencia de los/las pacientes de FIV es más agotadora que la de los de IA. Del mismo modo, en un estudio de Bensorp et al. (2016) realizado en los Países Bajos, las tasas de renuncia de los/las pacientes de FIV eran casi el doble de las renunciadas de los/las pacientes de IA. Estas tasas eran más altas después del primer ciclo. Los autores afirman que este fenómeno, dado por la carga física y emocional del tratamiento, está asociado con factores psicológicos.

Recientemente, Domar et al. (2018) estudiaron las causas por las que mujeres con seguro de salud privado en EE. UU terminaron voluntariamente el tratamiento de FIV antes de alcanzar el nacimiento de un/a bebé vivo/a, y encontraron que la causa principal de abandono se debía a la carga psicológica. El 65% de las mujeres no buscaron otro tratamiento, cuando se les preguntó la razón, el 42% indicó que el tratamiento era muy estresante y subrayaron que la infertilidad estaba cobrando un coste desmedido en su vida y en su relación. También se indagó en los aspectos que podrían mejorar la experiencia. El 47% expresó que

los procesos deberían ser más compatibles con sus horarios de trabajo y el 39% sugirió un fácil acceso a profesionales de salud mental. Los/las pacientes demandaron además estrategias para la reducción del estrés y para el manejo de los síntomas de ansiedad.

En la misma línea, Mindes (2018) manifiesta que las personas se sienten agotadas emocionalmente. La intensidad del proceso y el estrés acumulado los lleva a cuestionarse el empezar un nuevo ciclo de tratamiento. En la intervención se intenta apuntalar los recursos emocionales de los/las pacientes utilizando herramientas basadas en la evidencia con el fin de reducir el malestar y los sentimientos de agotamiento. La intervención de tipo psicosocial brinda un contexto de apoyo que les permite tomar decisiones conscientes y prudentes con respecto a su tratamiento. Por otra parte, esta autora hace énfasis en la preocupación de que gran cantidad de pacientes no tienen acceso a este tipo de intervenciones, y en la importancia de la formación de profesionales de la Psicología de la Reproducción.

El suspender prematuramente el tratamiento impide a mujeres y a parejas alcanzar su meta de tener un/a bebé y formar una familia. Es necesario que los centros de fertilidad valoren el brindar apoyo psicológico a sus pacientes in situ, que promuevan su autoconfianza y el involucrarse más en el tratamiento y en la toma de decisiones conscientes. Por otra parte, también se resalta la importancia de trabajar con las expectativas de los/las pacientes, intentando que consideren todos los posibles escenarios y brindándoles información clara acerca de las tasas de éxito de los tratamientos.

2.6. La Calidad de Vida de los/las pacientes en Reproducción Asistida

El constructo Calidad de Vida es subjetivo y multidimensional. Incluye aspectos como: la percepción del individuo acerca de su estado físico, psicológico (cognitivo y afectivo) y social (relaciones interpersonales, roles sociales y nivel de independencia). También se suele incluir la dimensión espiritual que incorpora la percepción del individuo sobre “el significado de la vida”, creencias personales y religión. Se ha debatido sobre estas dimensiones y sobre su valor universal y transcultural. En 1995 el grupo de WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life) definió a la calidad de vida como “la percepción de un individuo de su posi-

ción en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que vive y con relación a sus metas, expectativas, normas e intereses”. La calidad de vida en pacientes con infertilidad se puede describir en términos de bienestar psicológico, satisfacción sexual, satisfacción con la relación conyugal, funcionamiento social, salud física y creencias personales (Aarts et al., 2011; Huppelschoten et al., 2013).

El impacto psicológico negativo de la infertilidad se ha manifestado reiteradamente en el deterioro de la calidad de vida de los/las pacientes y en el abandono prematuro de los tratamientos, llegando a disminuir las probabilidades de conseguir un embarazo. Los/las pacientes se enfrentan frecuentemente a estigma (Greil, 1997) lo que les impide hablar sobre su malestar, pedir ayuda y recibir el apoyo social y profesional necesario para hacer frente a sus dificultades. Además de esto, como hemos observado anteriormente, a medida que los ciclos de tratamiento no tienen éxito y el tiempo de infertilidad se prolonga, la sintomatología ansiosa y depresiva se incrementa. Del mismo modo, existe evidencia de que los efectos del estrés en la calidad de vida tienden a ser sustancialmente mayores en mujeres que en hombres (Guerra y Tirado, 2007). Dado que el deterioro del bienestar psicológico y la calidad de vida en los/las pacientes de RA han ido obteniendo la atención de los investigadores se han desarrollado herramientas específicas para evaluar la calidad de vida en la población infértil. Estos instrumentos han permitido observar diferencias entre las reacciones de ambos miembros de la pareja.

Se ha evidenciado que factores psicológicos como la ansiedad rasgo y el estado de ánimo son predictores de la calidad de vida en enfermedades crónicas. En un estudio de Aarts et al. (2011) se demostró una alta correlación negativa entre la sintomatología depresiva y ansiosa y la calidad de vida de mujeres que se encontraban en un tratamiento de reproducción asistida. La relación negativa más significativa fue con la subescala “Mente-Cuerpo” del test de calidad de vida en infertilidad (FertiQoL), que mide los efectos de la infertilidad en el funcionamiento cognitivo, factores somáticos y desorganización en las actividades diarias. Del mismo modo, el afecto negativo y el estado de ansiedad son predictores de desajuste emocional en la fase temprana de diagnóstico y tratamiento de infertilidad (Ramírez, Castillo y Moreno, 2015). Estos resultados son semejantes a los expuestos en un estudio por Kah-

yaoglu y Balkanli (2015), en el que expresan que la infertilidad afecta negativamente principalmente al estado emocional de las mujeres en TRA. Añaden que cuando los ciclos de FIV y el tiempo de espera para la concepción se incrementan, la calidad de vida disminuye considerablemente. Los autores concluyen que estas asociaciones representan el impacto de la infertilidad en la calidad de vida de los/las pacientes o, dicho de otro modo, que los aspectos generales del estrés emocional pueden llegar a potenciar los efectos negativos de la infertilidad.

La calidad de vida puede ser evaluada con herramientas genéricas y específicas. Los instrumentos de evaluación genéricos resultan útiles por su aplicabilidad en diferentes contextos. No obstante, carecen de especificidad. Por su parte, los instrumentos de evaluación específicos para un problema concreto comprenden por un lado aspectos de las escalas genéricas y, además incluyen ítems particulares de la condición, por lo que se cree que reflejan mejor las consecuencias de dicha condición en una persona en particular. En el caso de la infertilidad, se han desarrollado herramientas específicas utilizadas como filtro para detectar a pacientes con malestar emocional como el Fertility Problem Inventory (FPI), FertiQoL y el SCREEN-IVF que permiten aproximarse a la experiencia personal de las personas antes, durante y después de los tratamientos, y valorar factores de riesgo de sufrir DE. Al identificar las vulnerabilidades específicas de los/las pacientes, se puede diseñar un tratamiento preventivo o diversas intervenciones psicológicas.

En un estudio realizado por Huppelschoten et al. (2013) en los Países Bajos, se evaluó la calidad de vida y los factores de riesgo para el desajuste emocional en 1.216 pacientes de 32 clínicas de infertilidad. En esta investigación se utilizaron herramientas específicas para esta población (FertiQoL y SCREEN-IVF) con el fin de identificar los problemas propios de personas que experimentan la infertilidad en sus vidas. La prueba SCREEN-IVF cubre cinco escalas de DE y a partir de estas, denomina cinco factores de riesgo que incrementan el EE durante y después de los tratamientos de infertilidad. Los factores de riesgo son: la sintomatología ansiosa y depresiva, la impotencia, falta de aceptación de los problemas de infertilidad y falta de apoyo social percibido. El estudio señaló que las mujeres puntúan significativamente más bajo que sus parejas en calidad de vida. Además, tienen mayor cantidad de

factores de riesgo para desarrollar trastornos emocionales durante y después del tratamiento. Se demuestra así que la infertilidad afecta de diferente modo a los dos miembros de la pareja, tanto a nivel emocional, como físico y social. Las mujeres son vulnerables a una cantidad mayor de fuentes de estrés psicológico que sus parejas. Huppelschoten et al. (2013) mencionan que estas diferencias pueden ser dadas por el uso de diferentes estrategias de afrontamiento. También se ha manifestado que la satisfacción con el apoyo social recibido se relaciona positivamente con la calidad de vida. Esto autores también resaltan la importancia de identificar los factores de riesgo dentro de los centros de fertilidad, de este modo las personas se podrán beneficiar de intervenciones a medida de sus necesidades.

En la misma línea, El Kissi et al. (2013) manifiestan que el 77% de mujeres y el 48% de hombres opinaban que el apoyo psicológico podría ayudarles a hacer frente a la carga psicológica y física del tratamiento de una manera más eficaz. En un estudio posterior (El Kissi et al., 2014), el 87% de pacientes expresaron que el proceso de las TRA era agotador. En la comparación con el grupo control, las mujeres con infertilidad puntuaban más bajo en las dos dimensiones de salud. También tenían menos energía, su funcionamiento social y su salud mental se encontraban afectados. Al comparar la calidad de vida entre hombres y mujeres con un grupo control de parejas fértiles con el cuestionario genérico, Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36), que evalúa la calidad de vida en dos dimensiones de salud, mental y física, se encontraron resultados que reafirman los hallazgos mencionados hasta ahora. Una vez más se evidenció el deterioro de la calidad de vida en la mujer de la pareja infértil. Del mismo modo, se logró reflejar la diferencia en el desgaste de la calidad de vida entre las parejas afectas de infertilidad y parejas que recientemente habían sido padres espontáneamente. Otro hallazgo que llama la atención es la alta proporción de causas de factor masculino en la infertilidad (50%), los autores advierten que estos resultados son consistentes con los de otros investigadores en el Medio Oriente y lo atribuyen, en parte, a la genética y a la exposición a la guerra.

El estudio de la calidad de vida en los/las pacientes de TRA ha ayudado a ampliar el conocimiento que se tiene sobre la infertilidad, la complejidad que conlleva su tratamiento y la forma en la que afecta a ambos miembros de la pareja. De igual forma, ha permitido tomar en cuenta el punto de vista del paciente durante sus tratamientos. Gracias a la evidencia

recabada en este tema se ha podido delimitar nuevos objetivos de la intervención psicológica, entre los más importantes el de acompañar al paciente durante el proceso y lograr mejorar su calidad de vida y bienestar personal y social. Autores como Domar (2018b) recomiendan tomar en cuenta durante el tratamiento los síntomas físicos, psicológicos y el coste económico para pacientes sin cobertura sanitaria. También sugiere evaluar el bienestar emocional durante el ciclo de tratamiento para tener una idea más cercana de la experiencia de las personas. Por último, hace énfasis en intentar mejorar esta experiencia, debido a que si la carga del tratamiento es muy pesada para soportarla física, psicológica y económicamente será inviable lograr el objetivo final de formar familias sanas.

2.7. El Apoyo Social

Los beneficios del apoyo social son bien reconocidos hoy en día, se sabe que las redes de apoyo ayudan a mitigar el impacto negativo del estrés tanto a nivel físico como a nivel psicológico. Se ha demostrado que el apoyo social tiene una influencia positiva en el individuo cuando tiene que enfrentarse a estresores crónicos o agudos. Moreno-Rosset (2000), Steuber y High (2015) y Vassard, Lund, Pinborg, Boivin, y Schmidt (2012) sostienen que el apoyo social consiste en la obtención de recursos materiales, cognitivos, o afectivos, por medio de la interacción con otras personas (familia, pareja, amigos, profesionales, grupos de ayuda). Estos recursos permiten disminuir la percepción de amenaza, enfrentarse competentemente a situaciones estresantes, y reducir las consecuencias negativas cuando el evento estresante ya se ha producido. Por otra parte, la expresión “red social” evalúa el apoyo social en términos de conexiones del individuo con otras personas. Entre estas, su pareja, familia, amigos o asociaciones. Desde este punto de vista, la condición imprescindible para experimentar apoyo es tener al menos una relación estable con otros miembros de la sociedad.

Los estudios referentes al efecto de los grupos de apoyo social, les otorgan un papel importante en personas con enfermedad crónica. Los grupos discuten temas de interés común, proporcionan información específica y principalmente, ofrecen un espacio para compartir las

emociones y sentimientos que surgen con otras personas en la misma situación (Steuber y High, 2015).

Martí, Bolívar y Lozares (2017) conceptúan el apoyo social en cuatro categorías principales, de las cuales las mencionadas a continuación se vinculan significativamente con el bienestar emocional:

- Apoyo emocional. Se refiere a muestras de empatía, amor, aprecio y confianza. Esta función se caracteriza como componente central del apoyo social. El conocimiento de ser querido y valorado puede mitigar los sentimientos de fracaso y pérdida.
- Apoyo informativo. Obtener información útil para solucionar un problema.

Con respecto al apoyo social, se ha apreciado que tiene un papel importante en todas las fases del proceso de tratamiento. En primer lugar; en la etapa de prevención, las redes sociales brindan información, actúan como modelos compartiendo el problema y reduciendo los síntomas de ansiedad al distraer en momentos de tensión. En segundo lugar; en la fase de afrontamiento, se aplican los mismos aspectos que en la fase de prevención. Y, por último, en la etapa de recuperación cuando la persona empieza a sentirse mejor, las redes sociales ayudan a impedir recaídas.

En la infertilidad, se ha demostrado que los grupos de ayuda son la alternativa para las personas que no reciben apoyo de amigos y familiares. Se sabe que generalmente las intervenciones de grupo son gratificantes, ayudan a normalizar las reacciones negativas ante la infertilidad y responden a necesidades sociales básicas de compartir tanto los procesos emocionales que puedan surgir como los procesos de aprendizaje (Boivin y Gameiro 2015; Steuber y High, 2015; Van der Broeck et al., 2011). Un estudio llevado a cabo en Polonia por Malina et al. (2019) reportó una disminución importante del nivel de estrés de hombres y mujeres que atravesaban tratamientos de reproducción asistida gracias a la interacción social. El estrés se evaluó midiendo el nivel de cortisol (indicador biológico del estrés). Los autores manifiestan que el acceso a interacciones sociales de apoyo brinda la oportunidad de incre-

mentar la autoestima, mejorar el humor y disminuir el estrés. No obstante, se debe tener en cuenta que también pueden existir aspectos negativos, la sobre-información, por ejemplo, puede aumentar los síntomas de ansiedad y desesperanza en pacientes con factores de riesgo de sufrir desajuste emocional.

2.8. Necesidad de Apoyo Psicosocial vs búsqueda de apoyo real

Frecuentemente, los/las pacientes con infertilidad expresan interés y deseo de apoyo emocional durante el tratamiento. A pesar de expresarlo, pocos aceptan participar y utilizar estos servicios cuando están a su disposición. Las razones por las que no acuden a los servicios de atención psicológica han sido estudiadas y son expuestas a continuación.

Boivin (1997) ya manifestaba que los/las pacientes sostienen que las intervenciones psicológicas pueden ser beneficiosas, pero no se encuentran satisfechos con los servicios de este tipo que se les ha brindado anteriormente. Al encontrar esta discrepancia, señaló los factores que les impiden el hacer uso de los servicios a su disposición:

En primer lugar, los/las pacientes no consideraban estar suficientemente cargados emocionalmente para buscar apoyo. Suponían que sus estrategias de afrontamiento eran suficientes para manejar la presión de la infertilidad y buscaban ayuda informalmente con su familia, su pareja o amistades. Preferían fuentes de apoyo con las que tuvieran relaciones más cercanas a aquellas que involucraran organizaciones más formales, como psicólogos o grupos de apoyo. De este modo, al encontrar en su red social el apoyo, que creían suficiente para aliviar su nivel de estrés, no veían necesario el consultar con un especialista.

En segundo lugar, el nivel de estrés determina la intención de buscar ayuda profesional. Los/las pacientes acuden al psicólogo cuando no pueden manejar su estrés, no sólo por el hecho de experimentarlo. Entre otras posibles explicaciones encontró que los/las pacientes no saben cómo contactar con estos servicios, los horarios para las sesiones no son compatibles, tienen aprensión acerca del manejo de la privacidad y temor a ser considerados mental o emocionalmente inestables para el tratamiento de infertilidad. Además, hay una preocupación por el alto coste de las sesiones.

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Este estudio también reveló información sobre otras fuentes de apoyo que utilizan las personas para afrontar el tratamiento. Se trata de fuentes de información escritas acerca de los aspectos emocionales de la infertilidad e información obtenida en medios de comunicación e internet. Cerca del 50% de mujeres se beneficiaron de información escrita en artículos de revistas o periódicos y documentales de la televisión. Los/las pacientes comentaron que les ayudaron a sentirse mejor al descubrir que no eran los únicos/as teniendo dificultades con su diagnóstico de infertilidad. Incluso, muchos sintieron que eran útiles para que sus familias o amistades comprendiesen el impacto que la infertilidad estaba teniendo en sus vidas (Boivin, 1997).

Varios estudios demuestran que menos de la mitad de los/las pacientes que requieren apoyo emocional lo buscan. Por ejemplo, en el estudio de Boivin, Scanlan y Walker (1999) y en el de Antequera y Moreno-Rosset (2009) sólo un 8,5% de mujeres y 6,1% de hombres buscaron apoyo psicológico. También se ha descrito que el 60% de las mujeres que se encuentran inmersas en un proceso de RA manifiestan cambios en su estado de ánimo (Diaz et al., 2013; Moreno-Rosset, 2010), sin embargo, sólo el 5,2% de ellas solicita atención en la consulta de psicología. Domar (2018a) por su parte afirma que un número considerable de pacientes con estrés psicológico padece síntomas de ansiedad y depresión y no reciben ayuda de los servicios de salud mental. A grandes rasgos, se considera que estos resultados se deben a los fuertes prejuicios sociales en torno a la atención psicológica, cuestiones prácticas, como la gran cantidad de tiempo dedicado a las TRA y el coste económico de las mismas.

Esta tendencia se ha confirmado en estudios recientes (Anguzu et al., 2020; Chambers et al., 2019) donde los hallazgos indican que pocos pacientes utilizan los servicios de salud mental cuando los tienen disponibles. Sólo entre el 18-21% de pacientes a los que se les ofrece el servicio deciden participar en las sesiones de asesoramiento psicológico individuales, en pareja o en grupo. Las mujeres expresan mayor interés en los servicios de atención psicosocial que los hombres.

Es importante resaltar que no todos los/las pacientes en TRA requieren apoyo emocional durante sus tratamientos. Muchos logran enfrentarse al estrés específico de la infertilidad de

ESTADO EMOCIONAL EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

forma adecuada sin ayuda profesional. Por este motivo, investigadores y clínicos recomiendan hacer un cribado para tratar a los/las pacientes en alto riesgo de sufrir estrés psicológico clínicamente significativo. Aproximadamente el 15-20% de pacientes puntúa por encima de los niveles de corte en test estandarizados sobre desajuste emocional. Este grupo se podría beneficiar de las intervenciones psicosociales. Esto no quiere decir que el 80% restante no experimente síntomas de ansiedad y depresión, o que no haya un efecto negativo en sus relaciones sociales y calidad de vida, sino que estas personas tienen otro tipo de recursos de afrontamiento y se benefician de intervenciones también, pero estas podrían ser menos intensivas (Chambers et al. 2019).

En conclusión, estos hallazgos sugieren que la información escrita que se brinda a los/las pacientes dentro de las clínicas o a través de los medios de comunicación tiene gran importancia y no debe ser infravalorada, ya que podría ser de interés y potencialmente puede satisfacer las necesidades de un gran número de pacientes que no utilizan los servicios de salud mental por cualquier razón. Principalmente el material impreso (ya que los tiempos de espera en general suelen ser largos) al alcance que les provea información les brinda cierta sensación de control y tranquilidad. Por su parte, Chambers et al. (2019) recomiendan a las clínicas y centros de RA hacer un cribado de los/las pacientes en alto riesgo de estrés emocional, y tener capacidad de remisión a un/una profesional de la salud mental. La discrepancia entre la necesidad de apoyo emocional y la búsqueda real de estos servicios se debe a la falta de distinción de las necesidades de los/las pacientes con alto estrés emocional, que no se ven capaces de enfrentarlo, y aquellos que experimentan estrés emocional, pero pueden enfrentarse a él. En el primer caso, las intervenciones psicosociales son beneficiosas, y en el segundo caso, otras fuentes de apoyo menos formales suelen ser de ayuda.

3. ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

Históricamente, el rol principal de los/las profesionales de la salud mental en los servicios de reproducción asistida era el de brindar apoyo emocional en crisis, o la criba de pacientes antes de iniciar los tratamientos, roles que en la actualidad continúan siendo relevantes. Recientemente, se ha encomendado a estos profesionales el diseño de programas de intervención a la medida de las necesidades psicológicas de los/las pacientes. La demanda de atención psicológica y el creciente reconocimiento del abandono del tratamiento han hecho evidente la relevancia de intervenciones psicosociales o psicoeducativas que puedan ser implementadas fácilmente por el personal dentro del centro de fertilidad en la rutina diaria (Peterson et al., 2012).

Boivin y Gameiro (2015) describen cinco momentos clave dentro de la historia del cuidado psicosocial presentando el contexto que los originó, ilustrando el desarrollo de las prácticas clínicas actuales, y permitiendo considerar futuras investigaciones y actuaciones clínicas para los/las profesionales de la salud mental.

El primer momento se produjo en los años treinta, con el modelo psicogénico de la infertilidad, que planteaba a la psicopatología como un factor etiológico de esta condición. En aquel momento más del 30% de los diagnósticos eran de “infertilidad sin explicación”. De este modo, el modelo psicogénico fue usado para referirse a los casos de infertilidad que no tenían una causa biomédica identificable. Tiempo después este modelo fue descartado debido a la aparición de nuevas tecnologías de diagnóstico que justificaron gran parte de los casos de infertilidad sin explicación.

En la actualidad, esta línea de investigación se ha centrado en el vínculo entre el estrés y la infertilidad, mostrando que los factores psicológicos están relacionados con los problemas de infertilidad, y que actúan a través de la modificación de conducta de los/las pacientes. Es decir, en hábitos de vida conocidos por afectar la fertilidad (consumo de alcohol, tabaco, u obesidad) y también en la inhabilidad de buscar consejo profesional. Desde otro punto de vista, el legado de este modelo no ha sido del todo positivo, ya que es una fuente de mitos persistentes, las parejas reciben consejos sin fundamento para tratar de concebir de forma

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

espontánea (rituales de relajación o no pensar en el tema), retrasando el inicio del tratamiento médico. Tomando en consideración la futura investigación vinculada a esta tradición, Boivin y Gameiro (2015) recomiendan centrar la intervención en la diada, por medio de modelos multifactoriales que engloben la esfera biopsicosocial, cognitiva y comportamental, y en el desarrollo de factores protectores dirigidos a poblaciones en condiciones de riesgo.

Posteriormente, a inicios de los años setenta se dio el segundo paso, en el que el estrés emocional pasó a ser una consecuencia de los problemas de infertilidad en lugar de una causa. Boivin y Gameiro (2015) mencionan el trabajo de la enfermera Barbara Eck Menning que provocó la creación de un fuerte movimiento de defensa de los/las pacientes. Esta enfermera realizó investigación primaria acerca de los efectos negativos de la infertilidad en el bienestar de las mujeres y de las parejas. Su trabajo mostró que la infertilidad produce malestar emocional y que las mujeres reaccionan de forma más negativa a esta experiencia que sus parejas. Presentó información acerca de las diferencias individuales que modifican la intensidad de esta experiencia y las reacciones emocionales de los/las pacientes en las distintas etapas del tratamiento. Otro de los efectos del trabajo de Menning fue el desarrollo de intervenciones para ayudarles a enfrentarse a las preocupaciones y efectos psicológicos de la infertilidad y su tratamiento. Dado el desarrollo y la aparición de diferentes marcos teóricos hoy en día existen múltiples intervenciones con diferentes objetivos. Además, la atención a los/las pacientes se ha diferenciado en tres niveles complementarios de cuidado psicosocial: cuidado psicosocial de rutina, apoyo psicológico, y psicoterapia. Estos pueden ser suministrados por profesionales dentro y fuera del centro de fertilidad. Las autoras exponen que el cuidado psicosocial de rutina debe ser responsabilidad del personal dentro del centro de infertilidad, debe ser accesible a todas las personas y ser aplicado durante la atención médica. Por otra parte, el apoyo psicológico debe estar a cargo de profesionales de la salud mental, cuya tarea reside en focalizar su atención en los/las pacientes en riesgo de experimentar problemas psicológicos significativos.

Más adelante, la aparición de la FIV a finales de los años ochenta generó la necesidad de profesionales de la salud mental en las clínicas de fertilidad, quienes llevaban a cabo las evaluaciones psicológicas previas a los procedimientos, a fin de determinar la idoneidad de los/las pacientes para empezar estos tratamientos. En aquel momento, el asesoramiento

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

pre-tratamiento pretendía excluir a personas con psicopatología debido a preocupaciones acerca de su capacidad para soportar el tratamiento y el futuro bienestar del bebé. No obstante, solo al 2% de los/las pacientes se les negaba el tratamiento por esta causa. En la actualidad, la evaluación pre-tratamiento se encarga de apoyar a los/las pacientes, y de discutir las implicaciones de las diferentes técnicas. También tiene un carácter preventivo y está diseñado para identificar y solventar las necesidades de las mujeres y de las parejas antes de iniciar los procedimientos médicos.

El movimiento de Medicina Basada en la Evidencia en los años noventa, promovido como un acercamiento sistemático para la recolección, análisis, evaluación y uso de la mejor evidencia científica como base de la toma de decisiones en la clínica, dio paso a la investigación y evaluación de las intervenciones psicológicas creadas en décadas anteriores. Este movimiento reveló que las intervenciones más eficaces eran las grupales enfocadas en la enseñanza y entrenamiento de habilidades (estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación, etc.). Se sabe que generalmente las intervenciones de grupo son gratificantes, ayudan a normalizar las reacciones negativas ante la infertilidad, y responden a necesidades sociales básicas de compartir tanto los procesos emocionales que puedan surgir, como los procesos de aprendizaje. Del mismo modo, permiten el aprendizaje a través de la experiencia de otras personas en su misma situación, conocer nuevas estrategias de afrontamiento que pueden ser de ayuda al encontrarse con ciertos sentimientos y preocupaciones durante el proceso (Van der Broeck et al., 2011). Asimismo, se han elaborado herramientas específicas para determinadas fases del tratamiento destinadas a pacientes que no acuden a apoyo psicológico. Entre estas están, la información preparatoria para ciertos procedimientos y vídeos educativos. Otro tema importante en el que se ha centrado la atención es en la investigación y evaluación del desarrollo psicosocial a largo plazo de los bebés nacidos por TRA. Esta investigación ha demostrado que las familias que se han formado gracias a éstas técnicas, son comparables a las que lo han hecho de forma espontánea.

Por último, en los últimos años ha surgido una nueva perspectiva en el cuidado psicosocial en infertilidad, a causa de la comprensión acumulada de los retos que los/las pacientes experimentan durante los tratamientos. La aparente limitación de las intervenciones psicológicas para encargarse de los mismos, y el conocimiento acerca del abandono prematuro de

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

los tratamientos, ha producido la llamada “Integrated Approach to Fertility Care” (Abordaje Integrado en la Atención de la Fertilidad), que promueve la actuación clínica integrada para mejorar la calidad de vida de los/las pacientes, y la culminación del tratamiento médico de fertilidad. Este paradigma incluye en el cuidado psicosocial al personal de fertilidad, reconociendo que se debe hacer una inversión para desarrollar cierto tipo de habilidades y entrenamiento; por ejemplo, habilidades de empatía y comunicación. También exhorta a la industria farmacéutica a diseñar protocolos que sean capaces de aliviar la carga del tratamiento y mejorar las tasas de éxito y la calidad de vida de las personas. El abordaje integrado tiene el potencial de mejorar el cuidado psicosocial en las clínicas; no obstante, se debe advertir que, para lograr esta meta es esencial la combinación del trabajo del cuidado médico, psicológico y de la industria farmacéutica (Boivin y Gameiro, 2015).

En conclusión, estos cambios de paradigma describen la evolución del rol de los y las profesionales de la salud mental dentro del campo de la infertilidad, que han respondido en cada momento de una forma fructífera a la investigación de los aspectos psicológicos de la infertilidad y salud reproductiva y a la mejora de la atención, intentando responder a las necesidades emergentes dadas por los cambios en el contexto de cada cultura.

3.1. Intervenciones Psicológicas en procesos de fertilidad

Según Guerra y Tirado (2007) el objetivo básico de cualquier intervención psicológica es el de asegurar que los/las pacientes entiendan las implicaciones del tratamiento, reciban suficiente apoyo emocional y puedan enfrentarse efectivamente a las consecuencias de la experiencia de infertilidad, y en caso de existir sufrimiento emocional, poder aliviarlo. El tipo de apoyo psicológico que se ofrece a los/las pacientes se determina a partir de la causa de su estrés emocional, por lo tanto, va ligado con las necesidades individuales de la mujer o de la pareja.

Las autoras (2007) sugieren cuatro grupos de pacientes en situaciones de riesgo, donde la intervención psicológica tiene especial relevancia:

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

- Pacientes que utilizan gametos donados para su tratamiento, este tipo de procesos (junto con la subrogación y adopción) plantea ciertas reacciones psicológicas y aspectos controvertidos que deben ser abordados en un proceso de acompañamiento y consejo.
- Pacientes que experimentan niveles significativos de EE, que se suelen manifestar en síntomas de depresión y ansiedad. A menudo estos/as pacientes suelen consultar con un/una profesional cuando los niveles de estrés alcanzan niveles altos que interfieren con su vida cotidiana.
- Pacientes con antecedentes psicopatológicos, o perfil actual en “situación de riesgo” como personas con abuso de sustancias, antecedentes psiquiátricos, trastornos cognitivos, desajuste severo en la relación marital, o personas con historias que muestran maltrato a infantes.
- Pacientes que requieren consejo genético para llevar a cabo el tratamiento de infertilidad, abortos en repetición, planteamiento de reducción embrionaria, y mujeres en edad avanzada.

En la misma línea, Moreno-Rosset et al. (2010) han creado unos protocolos para la consulta clínica y para las unidades de RA con el objetivo de orientar las intervenciones psicológicas en infertilidad. En éstos se recomienda cómo, cuándo y qué evaluar en los procesos de tratamiento de infertilidad. En primer lugar, se indican las áreas que deben ser consideradas antes de planear la evaluación psicológica: la historia médica y psicológica, la historia familiar y de apoyo social, la relación sexual y de pareja, las alteraciones y el desajuste emocional, los recursos de afrontamiento, las actitudes hacia la paternidad y maternidad, las expectativas y los planes para el futuro. En segundo lugar, indican cómo planificar la intervención según la etapa del tratamiento en la que se encuentran los/las pacientes:

1. Fase de diagnóstico. Se aplica una intervención psicoeducativa destinada a ofrecer información clara sobre la infertilidad y sus implicaciones, y prevención de DE. En esta intervención se brindan técnicas de manejo del estrés y el uso de estrategias de afrontamiento eficaces. Además, se incrementa y optimiza el apoyo social.

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

2. Fase de tratamiento. Promoción de la expresión emocional, desarrollo de habilidades sociales y comunicativas, uso activo de estrategias de afrontamiento eficaces y técnicas para el manejo del estrés y los síntomas de ansiedad, y acompañamiento en la toma de decisiones referentes al tratamiento.
3. Finalización del tratamiento sin éxito. Clarificación de los valores vitales, elaboración del duelo, proyección de nuevos planes futuros individuales y como pareja (si es el caso).
4. Finalización del tratamiento con éxito. Descartar dudas y temores sobre el desarrollo del bebé y una adaptación adecuada a la parentalidad.

Por otra parte, la guía para personal médico y de la salud mental “Introducción a la consejería en Infertilidad” de Peterson et al. (2012) presenta cómo decidir la intervención según la necesidad de los/las pacientes. En esta guía se indica la actuación del médico y el personal dentro del centro de fertilidad y de los/las profesionales de la salud mental:



Nota: Tomada de Peterson et al. (2012)

Figura 1: Actuación profesional según la necesidad de los/las pacientes

El cuidado centrado en el/la paciente tiene dos partes; el análisis y la recogida de información, y el asesoramiento sobre las implicaciones y toma de decisiones durante el tratamiento. Este tipo de atención ha sido desarrollada para la aplicación por parte de los/las

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

médicos/as y el personal sanitario dentro del centro de fertilidad. Los/las profesionales en salud mental y personal capacitado en asesoramiento en infertilidad proporcionan consejo de apoyo y, asesoramiento a corto plazo para crisis (en caso de fallo del ciclo, o proceso de duelo en abortos). Por último, los/las profesionales en salud mental (psicólogos/as o terapeutas familiares) deben abordar los problemas psicológicos severos, por ejemplo, cuadros de ansiedad graves, trastornos del estado de ánimo, problemas maritales y sexuales, entre otros.

Como se ha mencionado previamente, el personal médico y de salud mental debe ser consciente de los/las pacientes con factores de riesgo de sufrir niveles altos de estrés emocional que precisen asesoramiento psicológico. La combinación de varios factores provoca mayor riesgo de sufrir estrés emocional, y los/las pacientes se pueden ver desbordados ante la experiencia de infertilidad. Los factores de riesgo incluyen:

Factores personales. Psicopatología preexistente, género femenino, parentalidad como única meta en la vida, uso de estrategias de evitación.

Factores situacionales o sociales. Relación marital empobrecida, redes sociales insuficientes, recordatorios constantes sobre su infertilidad, manejo limitado del idioma, incapacidad de comunicación (extranjeros).

Factores ligados al tratamiento. Infertilidad primaria, efectos secundarios de la medicación, abortos, fallos de FIV previos.

Matorras y Hernandez (2007) presentan las recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) que propone ofrecer apoyo psicológico a todas las parejas en estudio de infertilidad, ya sea antes de iniciar el tratamiento, durante el mismo, o en el caso de que haya existido un fracaso. Sugieren hacer un estudio psicológico de los/las pacientes al menos dos semanas antes de empezar los tratamientos, en el que se debe hacer una valoración de la situación socio familiar, relación de la pareja, apoyo social, motivaciones y expectativas, factores económicos y laborales, estrategias de afrontamiento ante la frustración,

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

personalidad, niveles de sintomatología ansiosa y depresiva y otros antecedentes psiquiátricos. Este estudio permitiría distinguir a los/las pacientes vulnerables a ciertos factores de riesgo y que se podrían beneficiar de apoyo o intervención psicológica. Se recomienda tanto un seguimiento de los niveles de ansiedad y el estado de ánimo durante la aplicación del tratamiento, como el desarrollo de estrategias para afrontar la frustración y el estrés. Al finalizar el proceso se aconseja valorar el funcionamiento de sus estrategias de afrontamiento, búsqueda de apoyo y elaboración del duelo. En el caso de que se haya conseguido la gestación, se recomienda ofrecer a los/las pacientes la posibilidad de contactos frecuentes con el centro de fertilidad con el fin de prestar apoyo emocional.

Según Rich y Domar (2016) existen varias recomendaciones para aliviar la carga de los/las pacientes durante el tratamiento. Como se ha mencionado anteriormente, para que se beneficien completamente de las TRA tienen que estar comprometidos y adecuadamente informados. En primer lugar, se recomienda identificar a las personas en riesgo de sufrir problemas psicológicos, referirlos a un apoyo competente e implementar intervenciones que les ayuden a hacer frente a sus dificultades. En segundo lugar, brindar herramientas fácilmente accesibles dentro de los centros, por ejemplo, impresos informativos, encuestas, listas de verificación estructuradas, entre otras; y que se tomen en cuenta y se logren disipar las dudas y mitos acerca del tratamiento. En tercer lugar, efectuar programas de intervención psicológica que hayan demostrado ser efectivos en la mejoría del estado emocional y de la calidad de vida. Y finalmente, formar y sensibilizar al personal médico en métodos de manejo del estrés, permitiendo que sean capaces de utilizar una comunicación efectiva, simplificar los protocolos de tratamiento y abordar los inconvenientes de la carga laboral. De este modo, se podría empezar a recorrer el camino hacia la disminución de la carga del tratamiento y el aumento de las tasas de éxito.

A continuación, y sin ánimo de ser exhaustivos, se describen investigaciones que han aportado datos relevantes en cuanto a la importancia de la intervención psicológica en pacientes con infertilidad desde diferentes perspectivas teóricas y en diferentes culturas.

Noorbala et al. (2008) desarrollaron en Irán una investigación en la que estudiaron los efectos de la intervención psicológica antes y durante el proceso de TRA. Se tomaron en

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

cuenta las consecuencias cognitivas, psicológicas y sociales que tiene la infertilidad sobre las mujeres, entre ellas, la sintomatología depresiva y ansiosa, agresividad, culpa, baja autoestima, falta de confianza, quejas psicósomáticas, obsesiones, dificultades en la relación con la pareja e insatisfacción social; síntomas parecidos a los del duelo. En este estudio el 48% de mujeres y el 23.8% de hombres tenían síntomas depresivos de leves a severos. La media en las puntuaciones al inicio era de 18,7 (DT 9,7) y al final del estudio la media bajó significativamente hasta alcanzar 10,7 (DT 5,8) puntos. En este estudio se evaluaron 638 parejas infértiles con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y se dividieron en dos grupos para estudiar los efectos de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) acompañada de una dosis baja de antidepresivos. En el primer grupo se hizo la intervención seis meses antes de iniciar los TRA y en el segundo grupo se intervino durante los TRA.

La TCC empleada en la intervención consistía en reconocer los pensamientos negativos, ayudar a distinguir la fobia de la realidad y, de este modo cambiar la estructura cognitiva de los/las pacientes. También se les brindó psicoterapia de apoyo, en la que se tomaban en consideración las respuestas emocionales que tienen sobre su familia, amigos y conocidos, la necesidad del tratamiento psicológico para mejorar la experiencia durante los TRA, la autoestima, los aspectos sociales (relaciones de pareja, amigos y conocidos). Adicionalmente, se aplicaron técnicas conductuales que incluían actividad física, relajación muscular, una dieta equilibrada y la planificación del tiempo libre acorde con los intereses de cada persona.

Los resultados mostraron que la intervención tuvo eficacia, por lo tanto, los autores recomiendan que el tratamiento psicológico sea considerado antes de empezar los TRA, con el fin de mejorar la salud mental y calidad de vida (Noorbala et al., 2008). También se encontró entre los beneficios de la psicoterapia en mujeres con bajo nivel educativo una mejoría de sus cogniciones. Adicionalmente se manifestó más eficaz en mujeres jóvenes, dado que, a mayor edad, se encuentra mayor sintomatología ansiosa y menor autoestima. Las autoras concluyen que las técnicas de la TCC, ejercicios de imaginación, la expresión de sentimientos, combinadas con actividad física, relajación muscular, dieta equilibrada y planificación del tiempo de acuerdo con los intereses, son acciones que ayudan a mejorar significativamente la calidad de vida y salud mental de los/las pacientes antes del inicio de las TRA.

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

En un estudio de caso expuesto por Moreno-Rosset et al. (2010) se reconoce la pertinencia de las intervenciones psicoeducativas previas a las TRA. Estas intervenciones se diseñan con el objetivo de conseguir un mejor ajuste emocional y de pareja para afrontar mejor la carga de estos tratamientos. Mediante evaluaciones pre-post se logró constatar el aumento de recursos adaptativos, bienestar emocional y una adherencia óptima a los tratamientos médicos. Se logró evidenciar que la relación de la pareja tuvo una mejora y que el aprendizaje de nuevas habilidades comunicativas favoreció el bienestar de ambos miembros de la diada.

Musa et al. (2014) indican también que el manejo exitoso del estrés está asociado directamente con los recursos de afrontamiento adaptados a la realidad del paciente, mientras que las estrategias de afrontamiento mal adaptadas contribuyen a la aparición de DE y tienen un gran impacto negativo en la pareja. Proponen una intervención a nivel preventivo, y sugieren un rol activo de los/las facultativos/as en la detección y remisión a personal capacitado para el tratamiento de la psicopatología, dado el doble estigma que conlleva esta situación (enfermedad mental e infertilidad).

Estudios sobre los efectos de intervenciones basadas en el Mindfulness y terapias de la llamada “tercera ola” del conductismo demuestran la eficacia de su aplicación en el tratamiento del estrés específico de la infertilidad en pacientes durante sus tratamientos médicos. Este tipo de terapias se encuentran en auge en la psicología de la salud actualmente. Inicialmente se trabajó en pacientes con cáncer y al analizar los resultados se evidenció la disminución de los síntomas depresivos y ansiosos. Más adelante, al observar que el estado emocional de estos/as pacientes podría equipararse al de los/las pacientes con infertilidad se puso a prueba su eficacia en dicha población.

Un estudio reciente llevado a cabo en China (Li et al., 2016) investigó la eficacia de la aplicación de una intervención basada en Mindfulness entre mujeres que iniciaban su primer ciclo de FIV. Cincuenta y ocho mujeres completaron la intervención y 50 mujeres fueron asignadas al grupo control. Al final de la intervención, las pacientes que participaron mostraron una mejora significativa en las puntuaciones en Mindfulness, autocompasión, regulación emocional y calidad de vida. Los autores manifiestan que el estar completamente presente

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

en el momento sin juzgar, parece ayudar a las mujeres a relacionarse de diferente manera con el proceso de RA. El Mindfulness es definido comúnmente como La Atención Plena o Atención Consciente, y se refiere a la calidad de consciencia que surge de atender intencionalmente al momento presente de una forma tolerante y sin juicios (Li et al., 2016). La auto-compasión representa la aceptación hacia aquellos aspectos de uno mismo con los que no estamos satisfechos. Es un fuerte predictor de salud mental y está relacionado positivamente con el bienestar psicológico, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo, inteligencia emocional y capacidad de conexión interpersonal. Por otra parte, la regulación emocional se refiere a la activación de una estrategia de afrontamiento para modificar la trayectoria de las emociones. Las estrategias de afrontamiento operan alterando las respuestas conductuales, fisiológicas y experienciales ante situaciones estresantes. Como se ha mencionado antes, el uso de recursos de afrontamiento inadaptados puede ocasionar estrés psicológico, creencias y comportamientos dañinos.

En la ejecución de este estudio se utilizaron instrumentos estandarizados para medir los constructos citados anteriormente. Entre estos, la Escala de Auto-compasión (SCS), la versión China de Five Facet Mindfulness Questionnaire (Ch-FFMQ), el FertiQoL, la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y el Copenhague Multi-centre Psychosocial Infertility Coping Strategy Scales (COMPI). La intervención fue desarrollada para entrenar a las mujeres que iniciaban su primer ciclo de FIV en mindfulness y su objetivo era brindar la oportunidad de practicar y desarrollar las competencias de la Atención Consciente, aumentar la consciencia del momento presente, y aprender a tolerar, reconocer, categorizar y aceptar sus pensamientos y sentimientos en lugar de reaccionar ante éstos o evadirlos.

Los resultados, como ya se ha comentado, mostraron que después de la intervención con las mujeres del grupo experimental sus puntuaciones en mindfulness, auto-compasión, y calidad de vida aumentaron y por el contrario, los niveles de dificultad en la regulación emocional disminuyeron. También se observó un descenso en el uso de estrategias de evitación. Las mujeres del grupo control, por otra parte, no presentaron mejora en los aspectos evaluados. Los autores señalan como limitaciones del estudio el uso de un diseño no aleatorio, la falta de seguimiento posterior y la falta de análisis de indicadores del estado psicológico de las mujeres. Es posible además que las participantes hayan sobreestimado el efecto de

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

la intervención debido a su optimismo, por lo que consideran necesario conducir un estudio en el que se aplique una intervención (programa placebo) en el grupo control para controlar los efectos de sus expectativas. Finalmente, se señala que las participantes iniciaban su primer ciclo de FIV por lo que no se pueden comparar sus resultados con los de mujeres con mayor número de ciclos realizados.

3.2. Cuidado Centrado en el Paciente y Cuidado Psicosocial

Hoy en día se reconoce ampliamente la importancia del manejo eficaz de los problemas psicológicos durante los tratamientos de infertilidad. Gracias a esto, muchos centros de fertilidad han optado por aplicar una cultura de Cuidado centrado en el Paciente (CCP) y Cuidado Psicosocial con el objetivo de alcanzar unos resultados óptimos en el tratamiento. Frecuentemente, las necesidades psicosociales de los/las pacientes pueden ser satisfechas por el personal sanitario o con material explicativo dentro del centro de fertilidad. No obstante, en ocasiones sus necesidades psicológicas requieren una intervención más profunda que debe ser proporcionada por profesionales de la salud mental. Se recomienda que los/las facultativos/as y el personal sanitario desarrollen la capacidad de determinar cuándo se debe remitir a un paciente a apoyo psicológico, y, por otra parte, que los/las psicólogos/as dedicados/as al campo de la infertilidad estén formados/as para atender a pacientes con EE tomando en cuenta su situación personal, diferencias de género, problemas sexuales o en la relación marital y el contexto cultural del que provienen y en el que se encuentran actualmente. La literatura pone énfasis en que estos servicios deben estar disponibles durante todas las etapas del tratamiento.

Un estudio de Gameiro, Canavarro y Boivin (2013) demuestra que el CCP tiene un efecto positivo en el bienestar de los/las pacientes. En esta investigación se tomaron en consideración cuatro dimensiones, que recogen los aspectos interpersonales del CCP: Comunicación, Valores de Respeto hacia los/las pacientes, Participación del paciente y Competencia. Tres de ellas captan los aspectos organizativos, como Accesibilidad, Continuidad-transición y Organización. El último, la Información, reúne tanto los aspectos interpersonales como organi-

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

zativos. Por medio de instrumentos específicos para la infertilidad (PCQ-Infertility, CART y FertiQoL) y otras herramientas genéricas se estudió la asociación entre los aspectos del CCP y el bienestar.

Los resultados señalaron que existe una asociación inversa entre la Información y la presencia de síntomas de ansiedad, lo que indica que cuando reciben información sobre su tratamiento, tienen experiencias positivas que están asociadas a niveles más bajos de ansiedad y menor preocupación sobre su tratamiento. En la misma línea, se encontró un efecto en la Continuidad, que se refiere a la atención de un/a médico/a durante todo el tratamiento, que indica que una mayor cantidad de experiencias positivas en este aspecto está asociada con una mayor tolerancia al tratamiento, la que a su vez está asociada con puntuaciones bajas de sintomatología ansiosa. En cuanto a la sintomatología depresiva, se encontraron efectos directos en la Comunicación, el Respeto, la Competencia, la Información y la Participación. Estos efectos indican que una mayor cantidad de experiencias positivas en estas facetas están asociada con niveles más bajos de sintomatología depresiva. Así mismo, en presencia de experiencias positivas significativas en Información, se encontraba menor preocupación sobre los tratamientos y menor nivel de sintomatología depresiva. Los niveles altos en Continuidad y transición estaban asociados con alta tolerancia al tratamiento que también se encuentra asociada a niveles menores de sintomatología depresiva. Con respecto a la escala Relacional de calidad de vida, se han encontrado efectos directos entre ésta y los aspectos del CCP Comunicación, Respeto, Competencia, Información y Participación. También se encontró una asociación positiva entre la Accesibilidad, Comunicación, Competencia, y la Tolerancia al tratamiento, la que a su vez se encontraba relacionada con una mejor calidad de relación de pareja.

Las autoras concluyen que el CCP es un componente importante en cualquier entorno de la salud. Además, está asociado con el bienestar de los/las pacientes durante sus tratamientos. Todas sus dimensiones, a excepción de la Organización, se encuentran relacionadas con la disminución de los síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y la mejora en la calidad de la relación de pareja. Las asociaciones con las dimensiones interpersonales del CCP,

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

sugieren que las interacciones y las relaciones con el personal de reproducción asistida afecta directamente al bienestar de los/las pacientes.

Por otra parte, la Sociedad Europea de Reproducción Humana ha creado una guía para el cuidado psicosocial en las Unidades de Reproducción Asistida que ofrece las mejores prácticas y consejos basados en la evidencia, y muestra como incorporar este cuidado en la rutina de las TRA (Gameiro et al., 2015). La guía define por una parte las preferencias de los/las pacientes en cuanto al cuidado que les gustaría recibir y la relación que tiene con su bienestar y, por otra parte, las necesidades psicosociales que experimentan durante los tratamientos.

El cuidado psicosocial se ha establecido para ayudar a las parejas, sus familias y los/las médicos/as a optimizar el tratamiento de infertilidad y manejar las implicaciones psicológicas y sociales que conlleva. Es importante, ya que es bien sabido que la mayoría de pacientes experimentan DE en el proceso y, aunque se haya conseguido el embarazo, éste es experimentado con ansiedad sobre la viabilidad y salud del feto (Hashemieh et al., 2013; Moreno-Rosset, 2009; Poikkeus et al., 2014).

La guía está organizada de acuerdo con dos ejes: “Tiempo” y “Necesidades”. También recoge las preferencias en la atención sanitaria que les gustaría recibir. El eje tiempo incluye tres fases: antes, durante y después del tratamiento. El eje necesidades se refiere a las condiciones que se asumen necesarias para que los/las pacientes tengan una experiencia saludable durante el tratamiento de fertilidad. Las necesidades pueden ser: Comportamentales (estilo de vida, ejercicio y nutrición), Relacionales (relación de pareja, familia, amigos y trabajo), Emocionales (síntomas de ansiedad, estado de ánimo, y calidad de vida) y Cognitivas (preocupaciones y conocimiento sobre el tratamiento).

Estas preferencias y necesidades de los/las pacientes se describen a continuación:

Los/las pacientes valoran la manera en la que el personal de RA los trata, cuando son comprensivos y prestan atención al impacto de la infertilidad en sus vidas y cuando toman

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

en cuenta a ambos miembros de la pareja en la toma de decisiones (Gameiro et al., 2015; Moreno, 2009). Prefieren recibir este cuidado de personal sensible, confiable y competente, aprecian que los tiempos de espera no sean excesivos, no ser apresurados en las consultas médicas, la continuidad de los/las facultativos/as en el servicio, recibir cuidado personalizado y la oportunidad de contacto con otros pacientes. En síntesis, las características del personal en RA que están asociadas con el bienestar de los/las pacientes tienen que ver con brindar un cuidado centrado en ellos y en características positivas como la comunicación, el respeto y la competencia (Gameiro et al., 2015).

Las necesidades que presentan los/las pacientes a lo largo del proceso, se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3

Necesidades de los/las pacientes de las unidades de RA

	Antes	Durante	Después
Conductuales	Evaluar los factores de riesgo. Dar información sobre hábitos de vida que pueden afectar su salud en general.	Hacer seguimiento a los/las pacientes en riesgo debido a hábitos de vida no saludables.	Remitir a apoyo psicológico a los/las pacientes en riesgo debido a hábitos de vida no saludables.
Relacionales y Sociales	Involucrar a ambos miembros de la pareja en el proceso de diagnóstico y tratamiento.	Ofrecer cuidado psicosocial a pacientes con características de aislamiento social o desempleo.	Remitir a apoyo profesional a pacientes con dificultades en sus relaciones maritales, y sociales.
Emocionales	Evaluar sus necesidades y ser informados sobre su ajuste emocional.	Referir a apoyo psicológico especializado a los/las pacientes con riesgo de desarrollar dificultades emocionales.	Remitir a cuidado psicosocial especializado o psicoterapia a las personas que tienen un DE significativo.
Cognitivas	Brindar información preparatoria sobre los procedimientos médicos.	Discutir y esclarecer las preocupaciones relacionadas con su tratamiento.	Discutir las implicaciones de haber terminado el tratamiento sin éxito.

Desde otra perspectiva, también se debe tener en cuenta las dificultades percibidas por el personal dentro de los centros de fertilidad. Boivin et al. (2017) analizaron los estresores a los que se encuentra expuesto el personal de estas unidades, y las posibles dificultades del

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

trabajo con los/las pacientes. El Abordaje Integrado en el Cuidado de la Infertilidad plantea la necesidad de tomar en cuenta las condiciones del personal en las clínicas de fertilidad. Existen beneficios en la calidad de vida de los/las pacientes y en el cumplimiento del tratamiento ya que se considera que existe una influencia recíproca en su bienestar y del personal sanitario.

El estrés laboral se presenta en emociones negativas, estrés físico, problemas de comportamiento y disminución de la satisfacción y motivación. Todo ello contribuye a un deterioro en el bienestar en los/las trabajadores/as. Por otra parte, el bienestar de los/las médicos/as está asociado con una mayor satisfacción de los/las pacientes y mayor adherencia al tratamiento. Además, existe evidencia que sostiene que el personal médico con niveles bajos de estrés y mayores emociones positivas tiene más energía y recursos emocionales para atender de mejor manera a sus pacientes (Boivin et al., 2017). En la misma línea, Moreno-Rosset et al. (2015) consideran necesario el desarrollo de estrategias de psicoprofilaxis para proteger la salud mental del personal sanitario ya que se encuentran en contacto continuo con intensas emociones asociadas al deseo y al fracaso de sus pacientes. Es prioritario mantener activa su sensibilidad, disponibilidad y apertura a los estados emocionales y necesidades de sus pacientes. Los resultados de este estudio demostraron que el personal sanitario en clínicas de fertilidad percibe diversos estresores en su trabajo y fuentes de dificultades con los/las pacientes. Se hallaron dos estresores principales:

En primer lugar, está el estrés laboral que implica la carga laboral y lo ajustado de los tiempos para cumplir con dicha carga. Los/las médicos/as son conscientes de que el tiempo de contacto facultativo-paciente está restringido, de las dificultades en la organización y en el manejo de los equipos de trabajo. Se considera que el trabajo en equipo podría ser más eficaz y los conflictos interpersonales podrían ser prevenidos y solucionados de mejor manera. Además, se ve necesaria una mejor estructuración de las tareas y de la carga laboral.

En segundo lugar, figuran las fuentes de dificultades percibidas relacionadas con los/las pacientes y sus demandas constantes de comunicación y consejo. El personal de fertilidad

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

no se siente preparado para comunicar malas noticias y, en algunos casos, las creencias religiosas son incongruentes con las políticas de las clínicas.

Finalmente, el personal médico y de fertilidad ha manifestado que le gustaría recibir talleres para mejorar las dificultades con las que se encuentran en el trabajo. Expresan que puede haber una mala comunicación entre los/las médicos/as, los/las enfermeras/as y los/las biólogos/as al tratar algunos casos. También consideran necesario tener herramientas para motivar a los/las pacientes a buscar apoyo psicológico cuando los tratamientos médicos han fallado para manejar las fuentes de estrés: por ejemplo, maridos que no cooperan y, para atender demandas cada vez más exigentes. Señalar, por último, que también estaban interesados en temas clínicos refiriéndose a las tasas de éxito y cómo optimizar la atención al paciente con una carga laboral tan intensa.

3.3. Programas de Intervención Psicológica en Infertilidad

Se han desarrollado programas de intervención para parejas con infertilidad, que se clasifican por su objetivo. Encontramos programas educativos, de counselling (orientación o consejo), y programas de intervención educativa integral. Estos programas se diferencian por el número y el tipo de habilidades que abordan con los/las participantes (Boivin, 2003).

Los programas educativos generalmente se basan en actividades de carácter formativo para desarrollar mecanismos de afrontamiento, reducir el estrés, impartir terapias en sexualidad, dar información sobre los tratamientos médicos, etc. Dentro de este grupo se encuentran los siguientes: "Información Preparatoria" de Takefman et al. (1990), "Terapias enfocadas en emociones y en resolución de problemas" para mujeres con problemas de infertilidad de McQueeney et al. (1997), y "Terapia Cognitiva-Conductual para parejas con infertilidad idiopática" de Tuschen-Caffier et al. (1999).

Boivin (2003) considera que el aporte de las intervenciones de counselling y terapia psicodinámica es el alivio de conflictos psíquicos originados en la infancia. Estas terapias se centran en las reacciones emocionales a la infertilidad y sus consecuencias en la vida de las

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

personas. La mayoría de ellos siguen la línea teórica de Beck (1976) y apuntan a identificar, probar y corregir las cogniciones distorsionadas y creencias acerca de la infertilidad. Entre los ejemplos de programas de este tipo está el "Terapia comportamental para parejas con infertilidad" de Bents, (1991), el "Programa de counselling enfocado en la solución de problemas para parejas infértiles" de Holzle et al. (2002) y el "Programa de counselling para mujeres y parejas con el deseo no satisfecho de ser padres" de Strauss et al. (2002).

Los programas de tipo educativo integral se distinguen por ser intervenciones psicosociales educativas integrales y estructuradas. Ejemplos de este tipo de programas son el "Mente y Cuerpo" de Domar et al. (1990) que incluye reestructuración cognitiva, métodos de expresión emocional, entrenamiento en relajación, nutrición y ejercicio físico, la "Terapia de Aceptación y Compromiso" (ACT) de Hayes et al. (1996) y el "Pérdida de peso para mujeres con obesidad" de Clark et al. (1998).

Según Boivin (2003) los programas educativos y educativos integrales son más eficaces que los programas de counselling. Hace esta apreciación basándose en el número de cambios positivos producidos por este tipo de intervención. En su revisión acerca de intervenciones psicosociales, demuestra la efectividad de éstas haciendo comparaciones con el número de participantes en la intervención (pareja o grupal). Las intervenciones educativas produjeron el doble de cambios positivos que con el counselling. La característica principal que distingue a los dos tipos de intervenciones es el método terapéutico que utilizan para reducir el estrés de la infertilidad. Las sesiones de counselling tenían mayor énfasis en la expresión emocional y la discusión de pensamientos y sentimientos relacionados con la infertilidad, mientras que, los programas educativos se centraron en brindar información y aportar nuevas estrategias. La expresión emocional y el apoyo también eran importantes para algunas intervenciones educativas, pero no eran la prioridad dentro de las sesiones. Además, estaban incluidas en otras actividades y oportunidades de aprendizaje. Por otra parte, las sesiones de counselling no eran directivas y las parejas debían iniciar los tópicos de discusión y decidir el número de sesiones en las que iban a participar; mientras que las intervenciones educativas estaban estructuradas con un número predeterminado de sesiones, las discusiones eran dirigidas y cada una tenía una meta.

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

Finalmente, Boivin (2003) recomienda prestar atención a las preguntas: quién se beneficia de la intervención, usando qué tipo de intervención y cuándo debe ser ejecutada. Estas observaciones también han sido compartidas por Psaros et al. (2014) que han aplicado intervenciones psicosociales, y han encontrado una disminución significativa en los síntomas de malestar emocional y cambios positivos con respecto a los recursos de afrontamiento y adherencia al tratamiento de fertilidad.

Autores como Ávila y Moreno-Rosset (2008), Guerra et al. (2009) y Moreno-Rosset (2010) también recomiendan una intervención integral, darle sentido a la experiencia personal de las personas respetando sus creencias, brindar una oportunidad de que se conozcan mejor a sí mismas y como pareja, que logren aprender a enfrentar sus limitaciones y que conozcan sus recursos. Dan importancia a que comprendan las implicaciones de sus tratamientos, reciban suficiente apoyo emocional y puedan enfrentarse saludablemente a las consecuencias de la experiencia de infertilidad. También dan un papel prioritario a la prevención de la aparición de posibles trastornos emocionales al recomendar una evaluación antes de los tratamientos y en caso de ser necesario una intervención profiláctica.

En esta investigación se han tomado como referencia los programas *Mente y Cuerpo* de Domar et al. (1990), *Aceptación y Compromiso* de Hayes et al. (1996) y el Programa de Intervención Grupal *Cuerpo-Mente* de Lemmens et al. (2004). Estos programas se describen a continuación:

3.3.1. Programa *Mente y Cuerpo* para la Infertilidad

Es el primer programa que toma en consideración los aspectos cognitivos, emocionales y físicos de las personas con infertilidad. Fue desarrollado en 1987 por la doctora Alice Domar e inicialmente implementado con pacientes con todo tipo de enfermedades médicas, personas con cáncer, esclerosis múltiple y problemas gastrointestinales, entre otras. Los/las participantes aprendieron diferentes técnicas de entrenamiento en relajación y manejo del estrés. Al darse cuenta de que mejoraban, decidió utilizar el mismo abordaje para sus pacientes con infertilidad. Domar (2008) publicó un estudio clínico que dio un resultado inesperado. En el

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

transcurso de unos meses el 33% de las mujeres que participaron en este programa se quedaron embarazadas y sus síntomas psicológicos se habían reducido notablemente. El programa ha demostrado en diversos estudios ser eficaz en la disminución tanto de síntomas de depresión, ansiedad, hostilidad y síntomas físicos como dolor abdominal, insomnio y dolores de cabeza.

El programa Mente y Cuerpo consta de 10 sesiones grupales para mujeres con infertilidad, en cualquier etapa del tratamiento, incluidas las que aún no han iniciado tratamientos, las que se han tomado un descanso o las que han agotado todas las alternativas que los/las médicos/as tienen para ofrecer. Las parejas de las mujeres participan en tres de las 10 sesiones. El objetivo principal es que las parejas recuperen su vida, dejen de vivir en torno al ciclo menstrual y vuelvan a ser las personas que eran antes de su diagnóstico de infertilidad (Domar, 2008). Entre las principales áreas de trabajo, esta terapia se ocupa de crear o fortalecer la relación del cuerpo y la mente. Las técnicas practicadas provocan un estado fisiológico caracterizado por una baja presión sanguínea, una disminución de la frecuencia cardíaca, respiratoria y muscular (Psaros et al., 2014).

El programa tiene una duración de entre ocho y 10 semanas. Las sesiones se imparten en dos horas semanales con 30 minutos extra para compartir experiencias con el grupo. Al iniciar la intervención se asignan compañeros/as. Las parejas son asignadas mediante temas que tengan en común, si viven cerca o tienen una historia similar. Las sesiones incluyen una introducción sobre la conexión entre el estrés y la infertilidad. Se practican técnicas de relajación y respiración, y hasta yoga. Se da información sobre el impacto del estilo de vida en la infertilidad, y la influencia del peso, la nutrición y los hábitos no saludables en esta condición. En la sexta y octava sesión se aplica terapia cognitiva. Las mujeres aprenden a reconocer los pensamientos negativos recurrentes y patrones de pensamiento. En las sesiones en pareja se trabaja en sus metas y planes de vida, en la expresión de emociones, manejo del estrés y de la ira, la culpa y la vergüenza. Se invita a parejas que han optado por la donación de gametos y adopción para que compartan su experiencia. Al final del programa se intenta afianzar las metas de vida que se trazaron anteriormente, se practican técni-

cas de asertividad, de prevención de la recaída, se realiza un resumen final y se indican recomendaciones.

3.3.2. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Hayes (2004) describió el desarrollo de una “tercera ola” de terapias cognitivas, presentando éstas como la emergencia de un nuevo conjunto de planteamientos, métodos y metas, que ayuden a organizar la investigación, la teoría y la práctica. Además de fomentar la transformación de las fases tempranas de la terapia cognitiva hacia una forma nueva, más amplia e interconectada con las anteriores tendencias. Se considera que esta terapia pertenece a esta tercera ola del conductismo. ACT es un acrónimo en inglés de los tres primeros pasos de la terapia: Accept, Choose, Take action. En castellano sería, aceptación de pensamientos y sentimientos, escoger una dirección y tomar acción (Pearson, 2006).

La ACT también ha sido descrita por Smout (2012) como una terapia de la tercera ola del conductismo, cuya principal meta es ayudar a los/las pacientes a aceptar sus pensamientos y sentimientos y a vivir consistentemente con sus valores. Se considera que la lucha por controlar y dominar los síntomas de la ansiedad son la principal fuente de sufrimiento y no los síntomas en sí. En este enfoque los síntomas de ansiedad son vistos como una parte del amplio rango de la experiencia humana. Conceptualiza los eventos psicológicos como un conjunto de interacciones entre las personas y el contexto histórico y situacional, afirma que eliminar los comportamientos problemáticos del contexto del paciente es perderse la naturaleza del problema y las posibles alternativas para su solución (Hayes, 2004).

Los seis núcleos de ACT incluyen la aceptación, la defusión o separación cognitiva, el estar presente, tener al yo como contexto, los valores personales y el compromiso en la acción. Estos incluyen: cultivar la flexibilidad psicológica, identificar y aceptar los pensamientos automáticos, defusión del pensamiento (debilitar el control que el pensamiento ejerce en nuestra conducta y deshacer el vínculo entre los pensamientos y la posible sintomatología que presenten los/las pacientes), lograr que el/la paciente se experimente a sí mismo/a

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

como un contexto, atender al momento presente con consciencia de sí y, por último, en comprometerse con sus acciones consistentemente (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

Al iniciar un programa de ACT se hace una evaluación de lo que desea el/la paciente, se delimitan estos deseos como medios para lograr una mejor calidad de vida. Posteriormente, el/la terapeuta identifica las acciones que ha tomado la persona para intentar alcanzar metas y analiza cómo han funcionado a través del tiempo (Hayes, 2004; Smout 2012). También se identifican los patrones de evitación contra las experiencias internas por lo general disruptivas. El/la terapeuta brinda estrategias y alienta a desarrollar nuevos mecanismos para lograr la defusión cognitiva. En la fase final se proponen metas y se organizan actividades para la consecución de estas, estas acciones están dirigidas por los valores de cada persona. Los valores deben ser vívidos, esto se logra por medio de ejercicios de imaginación. La psicoeducación en ACT incluye metáforas, historias y ejercicios para demostrar lo incontrolable de una experiencia psicológica. Se intenta que el paciente adopte el mindfulness como una cualidad o actitud para planear una acción. Se considera necesario evaluar el contexto de la vida del/ de la paciente, sus relaciones, salud, trabajo y actividades de recreación y valorar las fortalezas y debilidades en los seis núcleos de ACT.

En un estudio de Peterson y Eifert (2011) se ha puesto en práctica la ACT en una pareja y se ha llevado a cabo seguimiento de un año para determinar la eficacia del tratamiento. Los autores consideran que esta terapia puede ayudar a los/las pacientes a aceptar y a reconciliarse con sus sentimientos de frustración, fracaso, decepción e incompetencia, en lugar de continuar involucrados en comportamientos adaptados para evadir la experiencia de estas emociones. Las parejas que experimentan estrés relacionado con la infertilidad, se encuentran gran parte del tiempo evitando los pensamientos negativos asociados con su condición y, es bien sabido que, el uso de estrategias de afrontamiento orientadas a evitación se encuentra fuertemente relacionado con mayor estrés, insatisfacción con su relación y síntomas de depresión. Estas estrategias consumen gran parte del tiempo y energía de las personas, resultando en sentimientos de desesperanza y falta de control sobre sus vidas. De igual manera, sostienen que podrían favorecer a las personas que tienen conflictos con pensamientos fustigadores acerca de su incapacidad de concebir, ya que, al simplemente observar es-

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

tos pensamientos, se les despoja de credibilidad. La terapia ACT utiliza estrategias de aceptación y defusión cognitiva para enseñar a los/las pacientes a responder de manera más flexible y menos literal a los pensamientos relacionados con su infertilidad. Aprenden a reconocer estos pensamientos como meros pensamientos que pueden ser observados y no es necesario actuar a partir de ellos. Una de las finalidades principales de esta terapia es lograr que los/las pacientes vivan sus vidas acorde con sus valores y metas personales. Las personas con infertilidad experimentan grandes inconsistencias entre lo que consideran importante y la situación actual de sus vidas.

El estudio de caso, comentado anteriormente, se ha llevado a cabo con una pareja que sufre infertilidad prolongada y ha pasado por varios TRA incluidos ciclos de estimulación hormonal, IA y FIV. El facultativo del centro remitió a la pareja al observar altos niveles de estrés relacionado con la infertilidad y síntomas de depresión. La mujer experimentaba aislamiento y cuando su estrés aumentó, la pareja decidió buscar apoyo psicológico profesional, con el fin de brindar un espacio seguro para discutir las dificultades relacionadas con su diagnóstico. La pareja asistió a 20 sesiones en las que se trazaron las metas para el tratamiento, se pusieron en práctica ejercicios de mindfulness y aceptación compasiva, se hizo una clarificación de los valores, y entrenamientos en defusión cognitiva por medio de ejercicios de exposición. También se trabajó en el mantenimiento del aprendizaje obtenido mediante la terapia (Peterson y Eifert, 2011).

Los resultados mostraron que la intervención ha sido capaz de reducir el estrés relacionado con la infertilidad, el estrés social, sexual y la necesidad de parentalidad de la mujer. La supresión de pensamientos disminuyó debido a los ejercicios de exposición y aceptación. Del mismo modo, el malestar psicológico, los síntomas de depresión y el ajuste marital mejoraron significativamente. Para concluir, se puede decir que los efectos de esta investigación aportan una evidencia inicial de que esta intervención puede ayudar a las parejas a sobrellevar las dificultades propias de la infertilidad y sus tratamientos y, por lo tanto, reducir el estrés y sufrimiento que experimentan. El uso de un estudio de caso permite examinar más en profundidad la experiencia de la infertilidad, pero los propios autores reconocen que habría que continuar acumulando evidencia con muestras mayores.

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

Esta intervención no sigue un orden estricto, ni un protocolo cerrado para cada sesión. El estilo clínico es flexible y se adapta a las circunstancias particulares de cada caso. Su forma de aplicación es individual o en pareja. La ACT está asociada en la investigación a la mejora de pacientes con dolor crónico y múltiples estudios sugieren que puede ser útil en pacientes con síntomas de depresión leves a moderados (Smout, 2012).

3.3.3. Programa de Intervención Grupal Cuerpo-Mente

El programa fue desarrollado en el Centro de Fertilidad de la Universidad de Leuven. Durante los TRA, los/las pacientes tienen la oportunidad de ir al psicólogo/a o a un/a terapeuta formado/a en el enfoque Cuerpo-Mente. Este programa fue adaptado originalmente del programa Mind-Body de Domar (2000) pero también está fuertemente influenciado por la terapia orientada en el cuerpo, arte terapia y terapia grupal conyugal (Lemmens et al., 2004).

Los objetivos principales de este enfoque son: mejorar la comunicación entre la pareja y los/las facultativos/as, lograr una reducción general del estrés en la pareja, lograr que la pareja sea consciente de las consecuencias de los tratamientos, estar más involucrados en la toma de decisiones en las diferentes etapas del proceso, brindar apoyo en procesos de duelo, restaurar la imagen corporal, mejorar la habilidad de hacer frente a un estilo de vida sin hijos/as, ayudar a las parejas a darse cuenta de que hay una vida más allá de la infertilidad y los procesos del tratamiento, y finalmente, crear historias más saludables acerca de sí mismos/as, y sus relaciones, en lugar de que la historia de “desear un hijo/a” domine sus vidas.

El uso de las técnicas de arte terapia se basa en el trabajo con procesos inconscientes, al no ser una terapia verbal, se considera una poderosa forma de externalización alternativa de emociones. El proceso es creativo y, por lo tanto, dinámico. Brinda contención a los sentimientos y emociones y propicia la intimidad en la pareja. El enfoque orientado en el cuerpo se basa en la unidad de éste y en la relajación. El enfocarse en el cuerpo con técnicas no verbales permite a las parejas obtener más acceso a sus emociones y estar consciente de las que están relacionadas con la infertilidad. De este modo estimula el proceso de verbali-

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

zalarlas y compartirlas. También procura integrar las emociones positivas y negativas. Así, el cuerpo activa procesos y cambios cognitivos.

Por medio del formato grupal con parejas, se contextualiza a la infertilidad como un problema de la diada, se brinda apoyo y aceptación social. Las parejas sienten que no están solas en su sufrimiento, al darse cuenta de que sus reacciones, sentimientos y problemas son normales se sienten sostenidos. Al tener un formato grupal, las parejas se benefician de los conocimientos y experiencias del resto de participantes y tienen la oportunidad de identificarse e intercambiar experiencias. Todo ello redundando en que las parejas logran superar el estigma (Lemmens et al., 2004).

La intervención consta de seis sesiones, una cada mes, con una duración de una hora y treinta minutos cada una. Las sesiones tienen un formato *go-round* donde se comparten todas las experiencias y sentimientos, esto permite crear empatía y un vínculo en el grupo. Seguidamente, se hace una tarea no verbal dirigida por los/las terapeutas con temas discutidos y surgidos en las sesiones anteriores, la tarea se centra en analizar las diferencias y similitudes entre las historias. Hay un descanso, donde se permite socializar y por tanto disminuir la tensión. Se hace una tarea de relajación, que puede ser individual o en pareja, para dirigir la atención al cuerpo. Pueden ser ejercicios de respiración, meditación, yoga y consciencia corporal.

Las sesiones incluyen una introducción y una selección de temas. Para esta actividad los grupos están divididos por género. Esto permite diferenciar las necesidades específicas de cada género. Los temas tratados son emociones e infertilidad, el impacto en la relación, las reacciones del grupo social, el lugar del deseo del niño/a y, finalmente, los límites del tratamiento. Es decir, hasta donde llegarían en cada etapa del proceso. Al discutirlo en pareja se puede notar como estos límites cambian o no. Al final de cada sesión se hace un resumen y se dan recomendaciones.

3.4. Intervención Psicológica al finalizar las TRA

La adaptación al nuevo estatus es un reto tanto para pacientes que no han alcanzado la meta de ser padres mediante las TRA, como para los/las que lo han conseguido. El equipo médico debe tener en consideración el momento por el que pasan, y disponer de sensibilidad para alentar a buscar el apoyo de un/a especialista. Dada la diversidad de tratamientos existentes en la actualidad, los/las pacientes encuentran mayor dificultad para reconocer sus límites. En algún caso, el abandonar los intentos puede ser más difícil que continuarlos (Guerra y Tirado, 2007). La consejería debe facilitar la consideración de nuevas metas y opciones para el futuro, lo que podría implicar detener o intensificar el tratamiento o contemplar métodos alternativos. En cualquier caso, el/la paciente debería tener un papel activo en la toma de decisiones.

En la sanidad pública de la Comunidad Valenciana, los límites están prefijados. Las mujeres y las parejas tienen derecho a cuatro ciclos de IA y tres ciclos de FIV. El llevar a cabo los tratamientos viene dado por el pronóstico y el historial de ciclos fallidos previos. Cuando se les ha dado el alta, si los/las pacientes continúan con el deseo de intentar conseguir una gestación, tienen la opción de acudir a clínicas privadas. Sin embargo, el empezar un tratamiento implica un alto coste tanto a nivel económico como psicológico. Mirasol (2015) estudia las percepciones de las mujeres y parejas que se han sometido en TRA y sostiene que muchos/as suelen reconocer sus límites. En caso de la pareja, de forma consensuada se basan en el bienestar emocional de cada uno, en las posibilidades ofrecidas por las técnicas y las posibilidades de su financiación. No obstante, los/las pacientes reconocen también que no es fácil poner estos límites en práctica.

Al finalizar el tratamiento sin éxito, es conveniente discutir el significado personal de haber perdido un objetivo de vida importante. Por otra parte, se pueden encontrar ventajas en una vida sin hijos/as. Asimismo, es primordial la resolución del duelo para prevenir un sentimiento crónico de pérdida, especialmente en casos de abortos o muerte perinatal. En el caso de parejas, se deben reexaminar las bases de la relación, revisar las prioridades de pareja y adaptarlas a la nueva situación que les ha tocado afrontar.

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

Cuando se ha conseguido la concepción y embarazo después de las TRA, algunas personas también se encuentran con dificultades. Pueden experimentar miedo a que el embarazo no llegue a término y su historial de infertilidad determina la manera en la que viven el embarazo y la crianza del hijo/a. Durante el tratamiento, están centrados en concebir y en el momento de enfrentarse al temor a las complicaciones o riesgo de aborto (especialmente si previamente han experimentado uno) los niveles de estrés y ansiedad pueden mantenerse o incluso subir. Guerra y Tirado (2007) indican que algunas mujeres pueden experimentar reacciones extremas ante la gestación. Puede surgir rechazo en mujeres que no son capaces de crear un vínculo con el feto por el temor a perderlo debido a problemas durante el embarazo o el parto. Otras mujeres desarrollan una preocupación extrema ante los acontecimientos fisiológicos del embarazo y al no sentirse lo suficientemente felices, viven sentimientos de culpa y vergüenza. Al haber sufrido de infertilidad, las mujeres tienen una falta de confianza en su cuerpo y, por consiguiente, en su capacidad de llevar a término una gestación. La intervención en estos casos se basa en facilitar la transición paciente-infértil a gestante y a adaptarse al embarazo, normalizar su nuevo estado y desarrollar un vínculo sano con el feto. Otro de los objetivos principales es disminuir los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva y restaurar la seguridad en sí mismas.

3.5. Parejas homosexuales en Reproducción Asistida

El hecho de que las parejas formadas por mujeres tengan acceso a las TRA y puedan tener un/a bebé genéticamente relacionado/a, compartir su crianza y su custodia se debe al intenso activismo de movimientos sociales y a la consecuente apertura de algunas sociedades occidentales. Posteriormente, ha surgido un movimiento de re-configuración de la familia y de su concepto y se ha dado paso a la proliferación de diversas formaciones familiares (Guerra et al., 2009). La Medicina Reproductiva y las TRA han permitido el establecimiento de nuevas formas de familia (familia homoparental y monoparental). En lo que concierne a la intervención psicológica, es necesario tener en cuenta el contexto del que provienen los/las pacientes y es substancial la actualización según el avance de la ciencia y la sociedad.

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

Baccino (2009) propone tres fases en el tratamiento de las mujeres. El proceso de acompañamiento psicológico se debe ajustar al ritmo del tratamiento médico, y las fases coinciden con momentos claves del procedimiento:

1. Toma de contacto. En esta fase se intenta consolidar un vínculo con la pareja, identificar los pilares en los que se va a constituir la familia, se abordan las recomendaciones previas al tratamiento, la toma de decisiones y el apoyo de sus redes sociales. La toma de decisiones viene marcada desde la perspectiva de que las parejas homosexuales no siempre acuden a las clínicas de fertilidad debido a una disfunción reproductiva, sino porque han decidido tener un/a bebé relacionado/a genéticamente con alguna de ellas.

Uno de los elementos más importantes es cómo se ha decidido quién será la madre biológica y quien la co-madre. Estas razones exteriorizan los roles que se ejercen dentro de la pareja. Baccino (2009) recomienda observar el desarrollo de este proceso y los conflictos que han surgido a partir de él ya que es esencial para el asesoramiento y acompañamiento posterior. Por otra parte, es conveniente conocer los vínculos con las familias de origen y redes sociales con las que cuentan. No todas las parejas homosexuales cuentan con el apoyo de sus familias. La comunicación de su preferencia sexual, el convivir con otra mujer y anunciar su decisión de tener descendencia con ella pueden ser situaciones delicadas. Por lo tanto, en el trabajo con estas pacientes se deben fortalecer los vínculos tanto con sus familias como con redes de apoyo social para promover mayor seguridad y confianza en la relación de pareja.

Con respecto a las recomendaciones previas al tratamiento, la autora sugiere hacer hincapié en las expectativas de éxito de los procedimientos, aunque puede, o no, tratarse de un tratamiento debido a disfunciones orgánicas el porcentaje no varía significativamente. Por otra parte, aconseja trabajar en la implicación de la mujer que no está relacionada biológicamente con el bebé. El ir a estar presente en todos los pasos del tratamiento y brindar apoyo, tiene una importancia fundamental para que el proceso sea vivenciado como una experiencia de pareja.

2. Desarrollo del tratamiento. Los objetivos de esta fase son evaluar y brindar información y asesoramiento. Éstos se ofrecen a partir de las demandas específicas de la situación de las pacientes. Dentro de los contenidos determinados sobre los que es beneficioso trabajar en el tratamiento se encuentra la motivación para tener un hijo/a, y qué lugar ocupa este deseo en sus vidas y en su proyecto de pareja. Y también los miedos correspondientes a la crianza y roles de género dentro de la familia. El deseo y la motivación de tener un/a bebé son características fundamentales que determinan la parentalidad y la relación madre-hijo/a. Recientemente se han comparado los deseos y motivaciones de las parejas homosexuales con las de parejas heterosexuales y se han encontrado similitudes. Los motivos más importantes para las mujeres lesbianas son la felicidad que les aporta el afecto y la relación con su hijo/a, la maternidad (relacionada con una sensación de plenitud) y la continuidad como forma de perdurar en el tiempo a través de su descendencia. Por otro lado, las motivaciones también están relacionadas con las expectativas acerca de la maternidad.

El nivel de motivación está relacionado con la tolerancia a la frustración en caso de fallos del tratamiento. Baccino (2009) sostiene que los niveles muy altos de motivación suponen mayor disposición para afrontar los contratiempos del proceso. Aunque, también pueden ser una alerta sobre posibles cuadros depresivos ante la frustración de las expectativas. Los miedos relacionados con la crianza y los roles de género son los tópicos más recurrentes con parejas homosexuales en el momento de proyectar la crianza. En este caso es primordial la actualización respecto al tema por parte del profesional de la salud mental ya que su abordaje debe tener fundamento en la investigación de cara a un ejercicio técnico basado en la evidencia.

Por otra parte, la práctica de roles de género dentro de una familia homoparental no está diferenciada por el sexo de cada uno de las madres o padres. La autora considera que “los roles de género son una construcción heterosexual para diferenciar las funciones estipuladas socialmente para cada sexo” (Baccino, 2009). Dentro de la pareja homosexual los roles se comparten llamándose “co-madres”.

3. El cierre del proceso. El cierre no es necesariamente definitivo, ya que, en el caso de presentarse un fallo, se debe estar disponible para continuar con el proceso y trabajar en nuevas problemáticas que puedan haber surgido. Por lo general, se trabaja en el duelo del tratamiento sin éxito y en la toma de decisiones para comenzar un nuevo tratamiento. Baccino (2009) recomienda fortalecer los aspectos positivos que se han presentado dentro de la consulta, afirmar la imagen de seguridad que les proveen su red social y su vínculo afectivo dentro de su relación. Finalmente, coincidir en lo posible con las etapas y culminación del tratamiento médico. El proceso descrito no tiene que ser lineal, las fases dependen de las demandas de cada caso y requiere una actualización y enriquecimiento en cuanto a los avances científicos realizados en el tema.

3.6. Mujeres solteras en Reproducción Asistida

La IA es la técnica más utilizada por las mujeres que acuden a los servicios de RA sin una pareja. Se trata de mujeres que, a priori, no tienen un factor de esterilidad que impida su reproducción. Esta práctica ha suscitado controversias en la sociedad. Las principales críticas se basan en que, al no existir un problema de fertilidad, su aplicación no está justificada. También existen argumentos acerca de que esta estructura familiar puede perjudicar el desarrollo psicosexual, cognitivo y social del niño/a debido a la falta de la figura paterna. Del mismo modo, se toma en cuenta el estigma social que puede suponer para el niño/a y el hecho de que el aporte económico se encuentra limitado a una persona dentro del hogar.

Desde otro punto de vista, varios autores coinciden en la necesidad de un estudio físico y psicosocial de las solicitantes de Inseminación Artificial con semen de Donante (IAD) que acuden sin pareja con el fin de garantizar el máximo bienestar tanto de la mujer como del/ de la futuro/a bebé (Gil, 2009). Los estudios realizados en esta población muestran unos perfiles psicológicos dentro de la normalidad y sostienen que no hay motivos empíricos que desaconsejen la práctica de IAD en mujeres sin pareja. Del mismo modo, recomiendan realizar una entrevista psicológica previa al inicio del tratamiento que incluya una evaluación psicológica y que de paso al asesoramiento psicológico en el caso de ser pertinente. De

ABORDAJE INTEGRADO EN LA ATENCIÓN DE LA INFERTILIDAD

acuerdo con Gil (2009), la principal motivación de las mujeres para solicitar estos tratamientos es el fuerte deseo de ser madres cuando, en muchos casos, sus posibilidades biológicas no les permiten aplazar la maternidad hasta encontrar una pareja con la que pueden poner en marcha este proyecto de vida. Actualmente, la media de edad entre estas pacientes es de 38 años (Guerra et al., 2009).

Dentro de la evaluación recomendada para las mujeres solteras, se examina su historia psiquiátrica. Un profesional de la salud mental valora la adecuada adaptación del estado psíquico de la mujer por medio de pruebas objetivas y específicas para su condición. También se evalúa la información y las expectativas acerca del tratamiento, teniendo en cuenta que, a medida que aumenta la edad de las mujeres, el número de ciclos necesarios para conseguir un embarazo es mayor. Por otra parte, es recomendado valorar la toma de decisiones y la motivación para realizar ese tratamiento en relación a otras opciones (adopción, o tener un hijo biológico con una pareja) y examinar su historia sobre el deseo de ser madre, intentos de embarazo previos y su historia de parejas. Se recomienda indagar acerca del apoyo social con el que cuenta la mujer, conocer si su familia, amistades y entorno conocen su situación y el nivel de apoyo que le brindan. Los tratamientos son demandantes y es bien sabido que su impacto en el estado emocional de la mujer puede ser un estresor adicional. También se debe considerar que las mujeres se hacen cargo de su economía en solitario. Es importante conocer que las necesidades económicas y emocionales pueden ser cubiertas por familia y amistades. Dentro de la prevención de dificultades antes de iniciar el tratamiento, la mujer debe tener información clara acerca del proceso al que va a someterse y de sus implicaciones físicas y emocionales. Es imprescindible dotarlas de estrategias de afrontamiento ante la frustración y el duelo en caso de ciclos fallidos.

Según Gil (2009) muchas mujeres pueden mostrarse reticentes a esta evaluación ya que tienen una percepción de que se está juzgando su capacidad de ser madre. Es responsabilidad tanto de médicos/as como de los/las profesionales de la salud mental explicar la conveniencia de realizar esta evaluación a fin de asegurar el bienestar de la mujer y su futuro/a bebé.

II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

4. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

4.1. Justificación del estudio

El motivo principal para realizar esta investigación reside en el hecho de que, en muchos servicios asistenciales sanitarios, tanto públicos como privados, no se ha tomado en cuenta hasta ahora el estado psicológico de los/las pacientes de las Unidades de Reproducción Asistida. A nivel mundial está reconocida la importancia de la evaluación e intervención psicológica y del cuidado centrado en el/la paciente para que los resultados de estas técnicas sean más satisfactorios tanto para el/la usuario, como para el centro (Gameiro et al., 2015; Gameiro et al., 2013; Malina et al., 2019; Peterson et al., 2012).

Tal como se ha visto en el marco conceptual, estudiar el estado emocional, reconocer los síntomas patológicos, conocer la calidad de vida de las mujeres que se someten a un TRA y la de sus parejas, e intervenir en los casos que lo requieran, es muy recomendable en los servicios sanitarios de reproducción asistida para aumentar la eficacia de los tratamientos. En los últimos años ha aumentado la demanda de estos servicios, tanto en la sanidad pública como en la privada, y existen diversos programas de intervención psicológica para los/las usuarios/as antes, durante y después de sus tratamientos médicos. Dado que estos servicios asistenciales suelen estar sobrecargados de trabajo y el tiempo disponible por los/las profesionales es muy limitado, en muchas ocasiones, se vuelve inviable la aplicación de las intervenciones que se han desarrollado (Domar, 2008; Hayes et al., 2014; Lemmens et al., 2004; Snout, 2012).

El objetivo principal de esta tesis es elaborar y evaluar la eficacia de un programa de intervención psicoeducativa para pacientes que atraviesan por procesos de reproducción asistida que sea viable en las condiciones (tiempo limitado y abundante carga de trabajo) en las que suelen trabajar los/las profesionales de estos servicios. Dada la dinámica del día a día de estas unidades, la realización de estas intervenciones implica un gran esfuerzo tanto para especialistas, como para personal administrativo y pacientes. Por estas razones, se

plantea una intervención breve para las mujeres y sus parejas, dado que intervenciones más largas y exigentes serían poco factibles en la práctica clínica habitual. Con ello se pretende progresar en la atención para obtener una mejora de las condiciones psicológicas en las que se realizan los TRA ya que se ha demostrado que un estado emocional estable y positivo es beneficioso para que éstas funcionen óptimamente (Lemmens et al., 2014; Peterson y Eifert, 2011; Psaros et al., 2014).

4.2. Objetivos

La presente tesis plantea dos objetivos principales:

1. El primer objetivo es de tipo descriptivo y está centrado en el estudio de las mujeres y las parejas que quieren someterse a un TRA. Para ello se han evaluado una amplia gama de variables, tanto psicológicas (estado emocional y calidad de vida), como demográficas (edad y género) y clínicas (intentos de TRA y tiempo de infertilidad), y se han estudiado las relaciones entre ellas. Conocer cómo se encuentran emocionalmente tanto las mujeres que quieren someterse a una TRA, como sus parejas (si las tienen), es de gran importancia para desarrollar intervenciones ajustadas al problema que se quiere abordar. En psicología clínica es clave hacer una buena evaluación para poder hacer una buena intervención, de ahí la necesidad de trabajar con una muestra grande para conseguir este objetivo.
2. El segundo objetivo ha consistido en diseñar y aplicar un programa de intervención psicoeducativo breve adaptado a las demandas de los/las pacientes y a la dinámica de una Unidad de Reproducción Asistida Hospitalaria para posteriormente valorar si dicho programa ha mejorado su estado emocional y su calidad de vida. Para ello se ha realizado un Ensayo Clínico Aleatorio con parte de la muestra que fue evaluada para el primer objetivo.

Estos objetivos generales se concretan en una serie de objetivos específicos. A continuación, se presentan cuatro objetivos específicos en referencia al primer objetivo general:

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

- Primer Objetivo Específico: Evaluar el estado emocional y la calidad de vida de los/las pacientes que están iniciando un TRA, y estudiar la posible existencia de diferencias de género. Se pretende observar si emocionalmente hay diferencias o no entre las mujeres, que son las receptoras directas del tratamiento y sus parejas, que no tienen un rol tan activo en el proceso.
- Segundo Objetivo Específico: Analizar las relaciones entre el estado emocional y la calidad de vida con variables relacionadas con la infertilidad: tiempo de evolución de la infertilidad y cantidad de tratamientos a los que se han sometido las mujeres y sus parejas. Investigaciones previas indican una relación entre estas variables y un estado emocional deteriorado de las mujeres y parejas con infertilidad.
- Tercer Objetivo Específico: Observar si el estado emocional está relacionado con la edad de las mujeres. Como se ha mencionado en el marco teórico, la edad de la mujer es una variable importante en el estudio y tratamiento de la infertilidad tanto en el ámbito médico como en el psicológico.
- Cuarto Objetivo Específico: Examinar si el estado emocional presenta relación con la calidad de relación de pareja. Dada la carga psicológica de un TRA, estudios anteriores demuestran que la calidad de la relación de pareja y el estado emocional se pueden ver afectados durante y después del tratamiento.

Se plantean los siguientes tres objetivos específicos en referencia al segundo objetivo general:

- Quinto Objetivo Específico: Evaluar el estado de ánimo de los/as pacientes después de recibir el programa de intervención psicoeducativa breve para hacer una comparación con los datos previos a la intervención. También se comparan con el grupo control que no recibe el programa. De esta manera se estudia si la intervención ha tenido efecto sobre las variables estudiadas.

- Sexto Objetivo Específico: Estudiar la ansiedad tanto estado como rasgo de los/las pacientes después de asistir al programa de intervención psicoeducativa breve, con el fin de comparar estos resultados con los datos previos a la intervención y con los del grupo control.
- Séptimo Objetivo Específico: Analizar la calidad de vida de los/las pacientes después de asistir al programa de intervención psicoeducativa breve para hacer una comparación con los datos previos a la intervención y con los del grupo control.

4.3. Hipótesis de trabajo

Los objetivos específicos descritos anteriormente, se concretan a nivel operativo en las siguientes hipótesis de trabajo:

- Primera hipótesis: Como consecuencia del deseo no cumplido de tener descendencia es de esperar que los/las pacientes sometidos/as a un tratamiento de infertilidad presenten niveles altos de ansiedad. Es también previsible que las mujeres presenten niveles más altos que sus parejas. En cuanto al estado de ánimo, es posible que tengan niveles algo más altos de sintomatología depresiva que la población normal sin que sean patológicamente altos. Del mismo modo, se espera que su calidad de vida se encuentre disminuida.
- Segunda hipótesis: Las mujeres y las parejas con más tiempo de infertilidad y que han realizado más intentos para concebir tendrán un estado emocional y una calidad de vida más desfavorecida que las/los que llevan menos tiempo y cantidad de intentos.
- Tercera hipótesis: El estado emocional de las pacientes de mayor edad se encuentra más deteriorado debido al desgaste emocional atribuido al paso del tiempo y el declive de la fertilidad.

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

- Cuarta hipótesis: Las puntuaciones en sintomatología ansiosa y depresiva correlacionan negativamente con las puntuaciones de relación de pareja y de estado emocional.
- Quinta hipótesis: La intervención psicoeducativa para personas infértiles mejora su estado de ánimo, por lo tanto, las puntuaciones post-intervención serán mejores que las pre-intervención en el grupo experimental pero no en el control.
- Sexta hipótesis: El programa de intervención psicoeducativa en personas con infertilidad disminuye sus niveles de ansiedad en estado y en rasgo. Lo que se evidenciará en la comparación de las puntuaciones pre y post, y también entre el grupo control y el grupo clínico.
- Séptima hipótesis: La aplicación del programa psicoeducativo diseñado para los/las pacientes afectos de infertilidad en el grupo clínico mejora su calidad de vida. Esto se ve reflejado en las diferencias de las puntuaciones pre-post de los dos grupos estudiados.

5. MÉTODO

5.1. Ámbito del estudio

Este estudio se ha realizado en atención hospitalaria en la ciudad de Valencia, específicamente en el Hospital Universitario y Politécnico la Fe. En este centro se atiende aproximadamente a 3.000 pacientes diarios en consultas externas, 1.000 pacientes hospitalizados y más de 600 en urgencias, al mismo tiempo que se potencian la actividad ambulatoria y las alternativas a la hospitalización como la cirugía sin ingreso, el hospital de día, la hospitalización a domicilio y la telemedicina. Este hospital es el responsable de la atención sanitaria de unos 300.000 habitantes. A esta población se suman los/las pacientes de otras localidades que acuden al hospital por su carácter de referencia en algunas especialidades. De hecho, la atención a estos/as pacientes supone el 60% de la actividad anual del hospital. Las Unidades o Servicios de Referencia (Decreto 186/1996 del Gobierno Valenciano) son aquellos a los que se asignan funciones con ámbito de influencia superior al del Hospital en el que se integran, y destacan por sus actividades asistenciales, docentes y de investigación. Este hospital es centro de referencia en varias especialidades, entre ellas en Reproducción Humana desde 1992 (DOGV 07/04/1992).

La Unidad de Reproducción Humana Asistida (URHA) cuenta con una cartera de servicios muy completa, y el laboratorio de FIV investiga e interviene con tecnología puntera en este campo. Las consultas de reproducción en donde se realizan los estudios con personas infértiles para determinar su diagnóstico se dirigen a pacientes con endometriosis, abortos en repetición, ovarios poliquísticos, preservación de la fertilidad, consulta de consejo genético, endocrinología ginecológica, entre otras. Se realizan técnicas muy variadas: entre ellas histeroscopia diagnóstica, biopsia endometrial, ecografías de alta resolución, estimulación ovárica para desarrollo monofolicular en coito dirigido e IA y para desarrollo multifolicular en FIV, ICSI y DGP y, acondicionamiento endometrial para transferencia embrionaria.

La solicitud de autorización para realizar esta investigación fue presentada en octubre de 2017 al Comité Ético del hospital, y fue aprobada el 17 de enero de 2018 con registro núme-

ro 2017/0547 (Anexos). Entre los requisitos necesarios para la aprobación de la solicitud se encontraban: una declaración de cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos 15/99, el modelo de consentimiento informado por escrito, el modelo de hoja de información al paciente, una memoria de solicitud del proyecto de investigación que se pretendía llevar a cabo dentro del hospital y el Currículum Vitae de las investigadoras responsables del estudio.

Previamente a cada consulta, los/las especialistas estudian el historial clínico y valoran cada caso. Atienden primeras visitas en donde se hace la exploración inicial, y se indica la pauta de medicación; y visitas sucesivas donde se hace el seguimiento de la maduración de los folículos y el grosor del endometrio. Existen diferentes consultas en las que los y las médicos atienden a mujeres con patologías concretas como por ejemplo mujeres con abortos de repetición, endometriosis o DGP. Paralelamente, los usuarios acuden a la visita con los enfermeros y las enfermeras especialistas en donde se firma la documentación, se enseña la autoadministración de la medicación, se resuelve las dudas de los/las pacientes, ya que el tiempo con el especialista es limitado debido a la gran demanda. A partir de este momento, en esta tesis, se va a hablar sólo en femenino ya que durante el tiempo que duró esta investigación no hubo en el equipo ningún enfermero hombre.

Con el fin de dar un seguimiento eficaz a los/las pacientes, los/las especialistas están divididos en equipos para atender diferentes demandas. Dos o tres médicos atienden a los mismos pacientes, de este modo se genera mayor confianza en el usuario, ya que percibe que las decisiones se toman consensuadamente por un equipo médico. Otra ventaja es que, en el momento de tomar decisiones es posible consultar rápidamente la opinión de los otros especialistas ya que también conocen los casos que están siendo tratados.

El reclutamiento de pacientes y la evaluación previa a la participación en la intervención breve, se llevó a cabo en la sala de espera y en la consulta de enfermería. Las sesiones de intervención tuvieron lugar en la sala de reuniones de la URH que dispone de una mesa grande, sillas, pizarras y un sistema de proyección.

5.2. Diseño del estudio

La presente investigación plantea dos objetivos principales que son abordados con dos metodologías de investigación diferentes. Para conseguir el primer objetivo, centrado en el estudio de las principales características demográficas, clínicas y emocionales de las mujeres que atraviesan por un TRA y sus parejas, y sus posibles interrelaciones, se desarrolla un estudio descriptivo transversal (Argimón y Jiménez, 2013).

El segundo objetivo, la evaluación de la eficacia de un programa breve de intervención, se aborda mediante un estudio experimental analítico prospectivo, concretamente un Ensayo Clínico Aleatorio paralelo (ECA). Se trata de un diseño con dos grupos en los que la muestra de pacientes ha sido repartida aleatoriamente y evaluada tanto antes como después de la intervención. Según Argimón y Jiménez (2013), en investigación clínica aplicada se considera el mejor diseño posible para tratar de establecer relaciones causales entre la intervención realizada y los cambios observados en las variables dependientes.

5.3. Instrumentos de Medida

A continuación, se presentan los instrumentos que se han utilizado para recoger la información y los datos de la muestra a estudiar:

La información sobre las características sociodemográficas y datos clínicos se han obtenido mediante el programa PIERA (se trata de una base de datos Filemaker) donde se recoge la historia clínica de los/las pacientes, este programa es utilizado por los médicos/as y enfermeras para llevar un control de cada caso. Los datos que se consideraron relevantes para la investigación fueron: la edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, el diagnóstico y tipo de esterilidad, años de evolución, tratamientos previos de la pareja, y la historia obstétrica de la mujer. Estos datos han sido seleccionados debido a su relevancia en investigaciones previas, las variables sociodemográficas y clínicas se han utilizado en el análisis de los objetivos e hipótesis planteados de acuerdo con la literatura revisada.

Al inicio del estudio, los/las participantes cumplimentaron tres cuestionarios de autoinforme. La evaluación incluyó dos áreas: Estado Emocional y Calidad de Vida. Se trata de una evaluación breve en la que se han tomado en cuenta las circunstancias propias del servicio de atención, de ahí que se han utilizado dos de los instrumentos más importantes para medir las variables más clásicas de estado emocional como son la ansiedad y la depresión. Estudios de Aarts et al. (2011b), Bártolo et al. (2016), Milazo et al. (2016), Ramirez, Castillo y Moreno (2015) y Ying et al. (2015) avalan la relevancia y fiabilidad de las herramientas utilizadas en el marco sanitario. Al finalizar el programa de intervención, los/las participantes fueron evaluados con los mismos instrumentos. La información de estos instrumentos se encuentra detallada a continuación en la Tabla 4.

Dentro del estado emocional se ha evaluado la sintomatología depresiva con el Beck Depression Inventory (BDI-II) en su adaptación española por Sanz y Vázquez en el 2011. El estado-rasgo de ansiedad ha sido valorado con el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberg, en su versión española de TEA (2011). La Calidad de Vida fue evaluada con la prueba FertiQoL (Fertility Quality of Life) diseñado por Boivin Takefman y Braveman (2011), en su versión en español. Esta prueba contiene dos secciones, el “Núcleo” y una sección opcional relacionada con la calidad de vida durante las técnicas “Tratamiento”. En esta investigación se ha utilizado únicamente el FertiQoL Núcleo, porque al iniciar un ciclo de tratamiento se consideró que los/las pacientes no tenían la información necesaria para contestar los ítems de la sección Tratamiento. El apartado “Núcleo” cubre cuatro subescalas de la calidad de vida de las personas con infertilidad (Emocional, Mente y Cuerpo, Relacional y Social). Mientras la sección “Tratamiento”, que contiene dos subescalas (Entorno y Tolerancia), se centra en la experiencia del tratamiento de infertilidad dentro de un centro asistencial. En éste, se evalúa el servicio brindado por el centro, las posibles molestias causadas por los procedimientos, medicamentos, interferencias en su vida cotidiana, la satisfacción con el servicio y la interacción con el personal del centro.

Tabla 4

Instrumentos utilizados para evaluar el estado emocional y la calidad de vida

Variables	Instrumentos	Valoración	Observación en el tiempo
Estado Emocional			
Estado de ánimo	BDI-II Inventario de Depresión de Beck	Puntuación total oscila entre 0 y 63. A mayor puntuación, mayor severidad de los síntomas depresivos.	-Pre-intervención -Post-intervención
Ansiedad	STAI Cuestionario de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo	Puntuación entre 0 y 60 para cada escala. Una puntuación alta indica mayor incidencia de ansiedad.	-Pre-intervención -Post-intervención
Calidad de Vida			
	FertiQoL Calidad de vida en Infertilidad. Subescalas: Emocional Mente y Cuerpo Relacional Social	Puntuación total entre 0 y 100. Las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida.	-Pre-intervención -Post-intervención

Estado Emocional

BDI-II Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996). Adaptación española realizada por Sanz y Vázquez (2011).

El BDI-II es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la sintomatología depresiva (Sanjuán y Magallanes, 2007). Evalúa su posible severidad a través de los síntomas cognitivos, afectivos, motivacionales y fisiológicos que una persona haya tenido en las dos semanas anteriores al momento de responder al test. Sus ítems no derivan de ninguna teoría en concreto acerca del constructo, más bien describen los síntomas clínicos más frecuentes de pacientes psiquiátricos con depresión. El test ha experimentado algunas modificaciones con respecto a sus versiones anteriores con el fin de ajustarse mejor a los

criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos en el DSM-IV (APA, 1994), DSM-V (APA, 2016) y CIE 10 (OMS, 1993).

El BDI-II está compuesto por 21 ítems de síntomas indicativos tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, ideaciones de muerte, pesimismo, entre otros. El formato es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta codificadas de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen siete categorías que van de menor a mayor intensidad en el rango de respuesta. La puntuación total en el test presenta un rango de 0 a 63, y su escala de valoración según Noorbala et al. (2008) es la siguiente: 0-16, mínima depresión; 17-27, depresión leve; 28-34, depresión moderada; 35-63 depresión severa. Las instrucciones solicitan a la persona evaluada elegir las afirmaciones más representativas que cubran el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. También se solicita que “si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto” y se le pide también que se asegure “de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los ítems 16 y 18” (Beck, Steer y Brown, 2011). La versión en español posee buenas propiedades psicométricas que avalan su uso en población hispanohablante. Las puntuaciones presentan una alta fiabilidad (consistencia interna), los coeficientes Alpha de Cronbach son elevados (superiores a 0,85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

Este test ha sido elegido porque entre sus fortalezas se destacan: el proceso de adaptación de la prueba, la edición de las instrucciones y los ítems que resultan de fácil comprensión y administración. Los estudios psicométricos han sido llevados a cabo en muestras de tamaño moderado y alto con pacientes adultos/as con diversos trastornos psicológicos, adultos de la población general y estudiantes universitarios de distintas facultades. Las puntuaciones muestran una alta discriminación entre personas con un trastorno depresivo mayor y sin depresión, diagnosticadas mediante entrevistas estructuradas.

STAI Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Versión en español de TEA desarrollada por Buela-Casal, Guillen-Riquelme y Seisdedos (2015).

Este es un instrumento de autoinforme diseñado para aportar una estimación objetiva del estado y el rasgo de ansiedad. Ha demostrado ser un instrumento útil y eficaz para medir la sintomatología ansiosa en diversos ámbitos y se ha establecido como una de las principales herramientas de los/las profesionales de la salud mental. Actualmente es considerado como el mejor instrumento para medir la sintomatología ansiosa durante el embarazo (Pérez, 2014). Contiene dos escalas independientes, Estado de ansiedad (STAI-E) y Rasgo de ansiedad (STAI-R), tomando en cuenta al rasgo y al estado como constructos uni-dimensionales. Está formado por 40 ítems, de los cuales la mitad pertenecen a la subescala Estado. En esta escala los enunciados describen cómo se siente la persona en el momento actual. La otra mitad de los ítems pertenece a la escala Rasgo, que identifica cómo se siente la persona habitualmente (Pérez 2014). La puntuación para cada escala puede oscilar de 0 a 60, indicando las puntuaciones más altas mayores niveles de sintomatología ansiosa. Las personas indican el grado en que cada afirmación del test se corresponde con su estado emocional en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: 0 (nada/ casi nunca); 1 (algo/ a veces); 2 (bastante/ a menudo); 3 (mucho/ casi siempre). El test está formado tanto por ítems directos como inversos.

El STAI-E determina los sentimientos de aprensión, tensión, nerviosismo y preocupación actuales. Evalúa el estado de ansiedad que se refiere a una condición emocional transitoria, a los sentimientos subjetivos conscientemente percibidos. En otras palabras, lo que el paciente siente en ese momento. Mientras el STAI-R estima la predisposición a experimentar ansiedad, las disposiciones comportamentales adquiridas, que son características relativamente estables en la persona. Las personas con niveles altos en Rasgo son más propensas a experimentar estados de ansiedad bajo condiciones donde se percibe una amenaza psicológica (Brunton, Dryer, Saliba y Kohlhof, 2015). Pérez (2014) diferencia a las subescalas por el nivel de ansiedad actual y la predisposición de la persona a permanecer con estrés.

La versión española ha sido adaptada por Buela-Casal, Guillen-Riquelme y Seisdedos en el 2015, y presenta unos índices de consistencia interna de 0,90 a 0,93 para Estado y de 0,84 a 0,87 para Rasgo (Del Castillo, 2015).

Calidad de Vida

FertiQoL Cuestionario de Calidad de Vida en la Infertilidad (Boivin, Takefman y Braveman, 2011). Versión en español por Guerra-Díaz (2012).

Numerosos estudios psicosociales han demostrado la incidencia de los aspectos negativos de la infertilidad y sus tratamientos sobre el bienestar general, satisfacción con la vida, éxito del tratamiento y el deseo de continuar con los procedimientos de los/las pacientes que los reciben. De ahí la importancia de estudiar la calidad de vida como constructo global que integra todos estos aspectos. Debido a esta necesidad Boivin et al. (2011), con la asistencia de dos de las sociedades de medicina reproductiva con más importancia en el mundo (Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología, ESHRE y la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva ASRM), la farmacéutica Merck-Serono S.A., y la Universidad de Cardiff, han desarrollado este test como una escala específica multidimensional para medir los problemas relacionados con la infertilidad en mujeres y hombres. Ha sido elaborado en inglés, y traducido a 20 idiomas. Su objetivo es presentar el impacto de los problemas de fertilidad en la calidad de vida en mujeres y hombres e integrarlos en el cuidado clínico (Anexos).

Ha sido validado en varios países mostrando buenas características psicométricas. Las traducciones preliminares han sido llevadas a cabo por traductores profesionales de la Universidad de Cardiff, posteriormente expertos en cada país la han revisado para asegurar su pertinencia con las costumbres locales y referencias acerca de la infertilidad. En el caso de la revisión al castellano fue realizada por Guerra-Díaz en el 2012 y ha sido validada de acuerdo con las pautas del grupo FertiQoL para la investigación transcultural (Boivin et al., 2011). Esta herramienta fue desarrollada utilizando métodos mixtos por un panel de expertos y grupos focales que involucran análisis de los ítems, análisis factorial y análisis de fiabi-

En el estudio de validación el índice de fiabilidad de Cronbach fue de 0,72 a 0,92 y sus características psicométricas son buenas en general. Varios autores consideran que es un instrumento sensible, confiable y válido para valorar la calidad de vida de los/las pacientes con infertilidad, además, reconocen que se ha convertido en la herramienta específica más utilizada en este ámbito (Donarelli et al., 2016; Karaca et al., 2016).

Los ítems de esta herramienta fueron diseñados para traducir conceptos abstractos como el compromiso, el sentido de pertenencia y la autoestima, que en conjunto indican el impacto de la infertilidad en la calidad de vida de los/las pacientes (Boivin et al., 2011). Al inicio del test, hay dos ítems donde los/las pacientes puntúan su salud física y la satisfacción con su calidad de vida. Éstos se utilizan para considerar el contexto, más no se toman en cuenta en las puntuaciones totales. Los 34 ítems restantes forman parte de dos módulos titulados “FertiQoL Núcleo” y “FertiQoL Tratamiento”. El Núcleo tiene 24 ítems y cuatro subescalas (Emocional, Mente y Cuerpo, Relacional y Social), mientras que la sección opcional Tratamiento tiene 10 ítems y dos subescalas (Medio ambiente y Tolerancia).

En el apartado “Núcleo”, la subescala *Emocional* consta de seis ítems que valoran el grado en que la infertilidad afecta las emociones de la persona; por ejemplo, hasta qué punto puede causar tristeza o culpa. Los siguientes seis ítems pertenecen a la subescala *Mente y Cuerpo* y estiman el impacto de la infertilidad en la salud física, en la cognición y el comportamiento. Del mismo modo, la escala *Relacional* tiene seis ítems que valoran el nivel de afectación de los problemas de infertilidad en la relación de pareja. Este aspecto considera un área particular de la calidad de vida de la persona, que es específica a esta condición al evaluar la carga de su afectación en la relación de pareja, la comunicación y la satisfacción sexual. Finalmente, en la subescala *Social* seis ítems estiman la incidencia de esta condición en aspectos sociales, como el apoyo familiar y el aislamiento que pueden experimentar algunos individuos (Donarelli et al., 2016). El FertiQoL Tratamiento es opcional y evalúa la calidad de vida de los/las pacientes durante los TRA, esto incluye las consultas e intervenciones médicas y la tolerancia al tratamiento. También evalúa la accesibilidad, la calidad del tratamiento y la interacción con el personal del centro de fertilidad. Tal como se ha indicado anteriormente, en la investigación desarrollada en esta tesis no se ha aplicado esta sección

debido a que los/las participantes estaban iniciando su ciclo de tratamiento y no tenían la información suficiente para contestar los ítems.

Esta herramienta contiene 36 ítems, seis subescalas y tres puntuaciones totales, la del FertiQoL núcleo, Tratamiento y la FertiQoL Total que combina la puntuación de las dos secciones. Los 36 ítems se califican con cinco diferentes formatos de respuesta, los ítems se puntúan en una escala del 0 al 5 en una escala Likert. Las escalas de calificación son las siguientes:

1. Muy mala (0), Mala (1), Ni buena ni mala (2), Buena (3), Muy buena (4).
2. Muy insatisfecho/a (0), Insatisfecho/a (1), Ni satisfecho/a, ni insatisfecho/a (2), Satisfecho (3), Muy satisfecho (4).
3. Siempre (0), Muy frecuente (1), Frecuente (2), A veces (3), Nunca (4).
4. Muchísimo (0), Mucho (1), Moderadamente (2), Un poco (3), Nada (4).
5. Totalmente (0), Mucho (1), Moderadamente (2), No mucho (3), Nada (4).

Para puntuar el test, primeramente, se invierte las puntuaciones de algunos ítems, luego se suman todas y se clasifican en un rango de 0 a 100. Las puntuaciones totales más altas indican una calidad de vida mayor (Kahyaoglu y Balkani, 2014). Los rangos de las puntuaciones son clasificados de la siguiente manera según Heredia et al. (2013): 46 puntuación mínima, 61 percentil 25, 68 percentil 50, 73 percentil 75 y 100 corresponde a la puntuación máxima. Se puede calificar el test vía online, descargándose un archivo de Excel, o manualmente siguiendo las instrucciones proporcionadas por la página de la Universidad de Cardiff donde se obtiene el test y toda su información técnica. El hecho de que la suma de todos los ítems no coincida con la suma de 100 se debe a que algunos de éstos tienen una ponderación diferente dentro del FertiQoL. La calificación de los test en esta investigación se hizo por medio del documento de Excel para investigadores.

5.4. Participantes

5.4.1. Reclutamiento y selección de la muestra

Se invitó a participar en el estudio a todos los usuarios de la URHA del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, que asistieran para iniciar ciclos de FIV e ICSI y que cumplieran los criterios de inclusión, entre los meses de febrero de 2018 y marzo de 2019. Se invitaba a ambos miembros de la pareja, pero también se daba la oportunidad de que las mujeres participaran sin su pareja, bien porque no estuviese presente o porque no la tuviera. Todos los participantes del estudio recibieron una hoja de información, que debía ser leída antes de firmar el consentimiento de participación voluntaria.

La población del estudio está constituida por mujeres sin pareja, mujeres con pareja masculina que han participado en el estudio solas, mujeres homosexuales y parejas heterosexuales que acuden a la URHA. La demanda de los tratamientos viene dada principalmente por esterilidad, deseo genésico de mujeres solteras y homosexuales y necesidad de consejo genético preimplantacional (DGP). Se trata de una muestra incidental formada por 208 pacientes, de los cuales 141 eran las mujeres que recibían el TRA y los otros 67 eran sus parejas masculinas. Aunque inicialmente había una pareja homosexual interesada en participar, finalmente los datos de la pareja mujer no han formado parte de la base de datos, ya que así hay una vinculación directa entre sexo y rol dentro del TRA. Si hubiera habido una muestra más grande de parejas homosexuales, se hubieran incluido y se hubieran hecho análisis separados en función del sexo y del rol, pero con una sola pareja esto no era posible, por lo que se consideró que lo más razonable era excluir del estudio la pareja mujer. Con los datos de estos participantes se ha abordado el primero de los objetivos principales planteados. Para el segundo objetivo, se realizó una asignación aleatoria de las participantes mujeres a los grupos experimental y control. Los hombres estaban en el mismo grupo que sus parejas. Durante el periodo de evaluación e intervención 72 pacientes se retiraron del estudio, los motivos principales se debían a inconvenientes con el tiempo, la residencia y el trabajo. Al

final del estudio se contó con 136 participantes: 52 en el grupo control y 84 en el grupo experimental.

Antes de la fase de reclutamiento se realizó la estimación del tamaño muestral requerido para el estudio, mediante la versión 7.12 del software Granmo, calculador de tamaño muestral. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y riesgo beta inferior al 0,1 en un contraste bilateral, se necesitan 136 personas para detectar una diferencia igual o superior a 5 unidades. Se asume una desviación estándar de 13,9 puntos. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 40%. Por este motivo el reclutamiento inicial se prolongó tanto en el tiempo, ya que se quería conseguir una muestra inicial de más de 200 participantes. Los valores de las desviaciones típicas y diferencia mínima se tomaron del análisis estadístico del test Ferti-QoL, en el estudio de estandarización española.

Para participar en el estudio se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes que inicien un ciclo de estimulación ovárica para técnicas de FIV, ICSI y sus parejas si las tienen, que deseen participar voluntariamente en el estudio y presten su autorización formal en el consentimiento informado.
- Comprensión oral y escrita de la lengua castellana.

Los criterios de exclusión fueron:

- Tener historial de trastorno mental.
- Se excluye a pacientes que participen en otros estudios dentro del hospital relacionados con infertilidad, para evitar posibles fuentes de error sistemático.
- Estar en tratamientos de Inseminación Artificial, preservación de la fertilidad, consultas de abortos en repetición, ciclos para transferencia de embriones y consultas de patología uterina. Debido a que estas mujeres no cuentan con el tiempo necesario para asistir al hospital y participar en las sesiones de intervención.

5.4.2. Descripción de la muestra

Un total de 141 mujeres (67,79%) y 67 hombres (32,21%) completaron el conjunto de cuestionarios. Todas las mujeres fueron pacientes de TRA mientras que, todos los hombres tenían el rol de pareja. De las 141 mujeres, 11 no tenían pareja, por lo que afrontaban el tratamiento en solitario, otras 63 tenían pareja, pero no participó en el estudio, y las otras 67 tenían las parejas masculinas que participaron en la investigación. La mayor parte de participantes, un 62,5%, residía en la provincia de Valencia, el 25% en la provincia de Alicante, y el 12,5% en la provincia de Castellón.

Como se puede observar en la Tabla 5, la edad media de los/las participantes es de 37,08 años (DT=4,38). La edad media de las mujeres está situada en 36,62 años (DT=3,73) con un rango que oscila entre los 26 y los 43 años. En el caso de los hombres, la edad media es de 38,04 años (DT=5,40), con un valor mínimo de 24 años y máximo 53 años.

Tabla 5

Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra

	N	Total	Mujeres	Hombres
		M (DT, Mín-Máx)	M (DT, Mín-Máx)	M (DT, Mín-Máx)
Edad	208	37,08 (4,38; 24-53)	36,62 (3,73; 26-43)	38,04 (5,40; 24-53)
Años de pareja	197	11,24 (5,53; 1-24)	11,32 (5,55; 1-24)	11,09 (5,54; 1-24)
Frecuencia de coito	175	2,07 (1,02; 0-5)	2,08 (1,03; 0-5)	2,05 (1,03; 0-5)
Tiempo de infertilidad	208	4,47 (2,38; 0-15)	4,45 (2,37; 0-15)	4,52 (2,43; 0-15)
Cantidad de tratamientos	208	1,05 (1,58; 0-5)	1,12 (1,61; 0-5)	0,90 (1,50; 0-5)
Descendencia previa	208	0,03 (0,17; 0-1)	0,02 (0,14; 0-1)	0,04 (0,20; 0-1)
Gestación previa	141		0,32 (0,63; 0-3)	
Abortos	141		0,30 (0,63; 0-3)	
		N (% respecto al total)	Mujeres n (% respecto a N)	Hombres n (% respecto a N)
Género		208 (100%)	141 (67,79%)	67 (32,21%)
Estado civil				
	Casados	114 (54,81%)	77 (67,54%)	37 (32,46%)
	Pareja de hecho	83 (39,90%)	53 (63,86%)	30 (36,14%)
	Sin pareja	11 (5,29%)	11 (100%)	0 (0,00%)
Nivel de estudios				
	Primaria	40 (19,23%)	22 (55,00%)	18 (45,00%)
	Secundaria/ Bachiller	57 (27,40%)	31 (54,39%)	26 (45,61%)
	Formación Profesional	30 (14,42%)	30 (100%)	0 (0,00%)
	Universitaria	62 (29,81%)	46 (74,19%)	16 (25,81%)
	Perdidos	19 (9,14%)	12 (63,16%)	7 (36,84%)
Diagnóstico				
	Esterilidad Primaria	122 (58,65%)	87 (71,31%)	35 (28,69%)
	Factor Femenino	40 (19,23%)	24 (60,00%)	16 (40,00%)
	Factor Masculino	33 (15,87%)	17 (51,51%)	16 (48,49%)
	Sin pareja/homosexual	10 (4,81%)	10 (100%)	0 (0,00%)
	Esterilidad Secundaria	3 (1,44%)	3 (100,00%)	0 (0,00%)
Resultado de los tratamientos				
	Sin éxito	33 (15,87%)	21 (63,64%)	12 (36,36%)
	Continúa	136 (65,38%)	92 (67,65%)	44 (32,35%)
	Éxito	39 (18,75%)	28 (71,80%)	11 (28,20%)

Características sociodemográficas de la muestra

Como se recoge en la Tabla 5, la media de años de pareja es de 11,24 (DT=5,54). El 54,81% de participantes están casados, seguidos por un 39,90% de parejas de hecho. Por último, el 5,29% de participantes se trataba de mujeres sin pareja.

El 54,61% de las mujeres están casadas, el 37,58% tiene una unión de hecho y el 7,80% se trata de mujeres que realizan los tratamientos en solitario. Por otra parte, el 55,22% de los hombres están casados y el 44,77% tiene una unión de hecho.

Con respecto al nivel de estudios de la muestra, el 29,81% tiene estudios universitarios, el 27,40% había alcanzado una educación secundaria o bachiller, el 14,42% había realizado una formación profesional, y el 19,23% había alcanzado la educación primaria. El 32,62% de las mujeres tiene estudios universitarios, el 22,00% ha alcanzado la educación secundaria/bachiller, el 21,27% ha cursado una formación profesional y el 15,60% alcanzó una educación primaria. Por su parte, el 38,80% de los hombres ha alcanzado una educación secundaria/bachiller, el 23,88% tiene estudios universitarios y el 26,86% tiene una educación primaria. Dentro de este análisis se destaca el hecho de que el nivel formativo de las mujeres es superior al de sus parejas, aunque hay que tomar en cuenta que no todos los hombres participaron en la investigación.

Información Clínica de la muestra

El promedio del tiempo de evolución de la infertilidad es de 4,47 años, con un rango que oscila entre un año y 15 años en los que las parejas han intentado concebir. La media de cantidad de tratamientos de la muestra es 1,05 años (DT=1,57), el mínimo de intentos es cero y el máximo cinco. La frecuencia de coito semanal de los y las participantes es de 2,07% (DT=1,02) siendo el mínimo cero y el máximo cinco.

En lo que concierne al diagnóstico de infertilidad, más de la mitad de pacientes padece de esterilidad primaria (58,65%). El 19,23% de la muestra tiene un factor femenino de inferti-

lidad. El 15,87% de los casos se debe a factor masculino. El 4,81% de la muestra se trata de mujeres solteras y parejas de mujeres homosexuales con deseo genésico. Finalmente, un 1,44% de pacientes presentó un diagnóstico de esterilidad secundaria. Recordando que la infertilidad primaria se refiere a cuando no existe una causa identificable para que no se produzca la concepción. Por otra parte, el factor femenino indica la presencia de una causa identificable en la mujer, y del mismo modo el factor masculino se refiere a que la causa de la infertilidad se encuentra en el hombre. Finalmente, existe esterilidad secundaria cuando uno de los dos miembros de la pareja ha tenido descendencia con una pareja previa.

En el caso de las mujeres, el 61,70% de los casos de infertilidad se debe a esterilidad primaria, el 17,02% a factor femenino, el 12,05% a factor masculino, el 7,09% de las mujeres no tiene pareja masculina o se trata de una mujer lesbiana. Por último, la causa de infertilidad del 2,12% se debe a esterilidad secundaria. Los hombres por su parte, el 52,23% tienen una causa de infertilidad primaria, el 23,88% se debe a factor femenino, y el otro 23,88% a factor masculino.

El 75,20% de las mujeres habían realizado de cero a dos TRA previos y el 24,86% habían realizado de tres a cinco ciclos de TRA previos. Esto señala que las mujeres de la muestra eran mayoritariamente nuevas en esta experiencia.

El 15,6% de las mujeres había tenido una gestación previa, de las cuales el 2,1% dio a luz a un bebé vivo. Por otra parte, el 15,6% de las mujeres de la muestra había tenido un aborto, el 5% dos abortos y el 1,4% tres abortos.

Hasta el mes de mayo del 2019 el 15,87% de los participantes había tenido un ciclo fallido, el 65,38% continuaba con los TRA, y el 18,75% tuvo un ciclo de tratamiento exitoso, lo que quiere decir que logró concebir. El 14,89% de las mujeres tuvo un ciclo de tratamiento fallido, el 65,24% continuaba con los TRA, y el 19,85% logró concebir. Por otra parte, el 17,91% de los hombres tuvo un ciclo fallido, el 65,67% continuaba en los TRA y las parejas del 16,41% lograron concebir.

5.5. Procedimiento

Inicialmente, los/las pacientes que han formado parte de este estudio llegan a la URHA remitidos/as por su ginecólogo/a de área al que fueron enviados/as por su médico/a de cabecera. En ese primer contacto con el/la ginecólogo/a de área, se realiza un estudio básico de esterilidad. Una vez en la URHA, valorados los resultados de las pruebas, se indica la realización de pruebas complementarias y de ser evaluados por otros/as especialistas (por ejemplo, un/a urólogo/a en casos de factor masculino grave). Además, se hace una nueva anamnesis dirigida. En esta consulta, se efectúa una ecografía ginecológica para valorar la reserva ovárica y la existencia de patologías ovárica o uterina. Los/as médicos/as también explican los tratamientos indicados en función de los resultados de los/las pacientes. Posteriormente, se explica el tiempo de lista de espera, que normalmente es de 18 meses, con algunas excepciones (edad muy avanzada de la mujer, reserva hormonal baja, endometriosis, etc.). Los/as pacientes suelen utilizar este tiempo de espera para tratar y corregir aquellos hallazgos patológicos fruto de la anamnesis y exploración (tratamientos médicos o quirúrgicos). Al terminar este periodo de espera, los/as pacientes vuelven a la consulta con los/las especialistas, se actualizan las pruebas susceptibles de haber cambiado con el tiempo (por ejemplo, la reserva ovárica) y se explican los procedimientos que se llevarán a cabo.

Con el fin de facilitar y sintetizar al máximo la descripción del procedimiento seguido, se presenta a continuación una redacción cronológica de los pasos seguidos en la realización del trabajo:

1. *Propuesta de participación en el estudio.* En el primer día de contacto con la investigadora, mediante la lista de las agendas de las consultas que atienden a pacientes que inician ciclos de FIV/ICSI se escogía a los/as usuarios/as que cumplían los criterios de inclusión. El primer contacto suele ser en la consulta de enfermería donde los/las pacientes rellenan y entregan toda la documentación necesaria, incluidos los consentimientos informados para el inicio de la estimulación. A continuación, pasan a la consulta del/de la especialista en reproducción humana para valoración previa al inicio. Entre una y otra visita, se les informaba del objeto de la presente investigación y se les ofrecía participar entregándoles la hoja de infor-

mación (Anexos). Una vez leída detenidamente se les preguntaba si tenían alguna duda y si deseaban participar en el estudio. Aquellos/as que contestaron afirmativamente firmaron el consentimiento informado (Anexos) y se les entregó la batería de tests para realizar la primera fase de evaluación.

2. *Aplicación de los instrumentos de evaluación previos a la intervención.* Al entregar el consentimiento firmado, se explicaron las instrucciones de cada cuestionario y se les proporcionaba la batería de tests para que los cumplimentaran. La mayor parte de cuestionarios fueron cumplimentados en el primer día de contacto en la sala de espera antes de ingresar a la consulta con el/la especialista. El tiempo para cumplimentar los test era de aproximadamente 15 minutos. Las personas que no terminaban de contestar los tests los completaban en casa y los entregaban el siguiente día de consulta. Posteriormente se recolectaban los tests, se respondían dudas en caso de haberlas y se solicitaba a todos/as los/as pacientes que participaran en la segunda parte del estudio. Se les explicó que era necesario participar en alguna sesión informativa en el hospital en las que se tratarían temas relativos al tratamiento que estaban iniciando, su estado emocional y su calidad de vida durante el proceso. De este modo, el día de inicio de ciclo cumplimentaban los cuestionarios y al finalizar la consulta con el/la facultativo/a, se les daba la fecha y hora de la sesión de intervención a la que debían asistir. Esto estaba determinado por la siguiente citación con el/la médico/a especialista.

3. *Asignación aleatoria de los pacientes a los grupos control y experimental.* Siguiendo los cálculos efectuados para estimar el tamaño muestral y tomando en consideración una tasa de abandono prevista del 40% se buscó una muestra de tamaño superior a 200 pacientes. Finalmente, durante el periodo en que se realizó el experimento, entre febrero de 2018 y marzo de 2019, se pudo conseguir un total de 208 participantes, entre las mujeres que atravesaban el procedimiento de FIV/ICSI y sus parejas (en caso de tenerla). De forma aleatoria, las mujeres (y consecuentemente sus parejas) fueron asignadas a los grupos control y experimental. Se hizo la asignación de forma que ambos grupos estuvieran igualados en la cantidad de participantes.

4. *Sesión informativa y Sesiones de intervención.* Los/as pacientes del grupo control asistieron a una sesión informativa; y los/as pacientes que formaron parte del grupo clínico participaron en esta misma sesión informativa y, adicionalmente en tres sesiones de intervención psicoeducativa breve. Las mujeres que se encuentran en un ciclo de FIV/ICSI acuden aproximadamente dos veces a la semana durante tres semanas para hacerse analíticas hormonales y valorar el crecimiento de los folículos en los ovarios, cuando los folículos se encuentran lo suficientemente desarrollados se indica la fecha de captación de ovocitos. Cada día acuden al hospital con dos o tres horas de antelación a su consulta con los/as facultativos, quienes valoran el resultado de la analítica de hormonas, cuyo resultado tarda aproximadamente dos horas en llegar a la Unidad de Reproducción, este tiempo de espera era utilizado para asistir a las sesiones de intervención psicoeducativa breve. Tanto la sesión informativa, como las sesiones de intervención fueron impartidas por la investigadora. Estas sesiones se describen detalladamente en el siguiente apartado.

5. *Aplicación de los instrumentos de evaluación posteriormente a la intervención.* Para todos/as los/las participantes la evaluación pre-test se realizó en el primer día del ciclo de FIV/ICSI (inicio de la estimulación ovárica), y el post test se realizaba en la visita anterior a la captación de ovocitos (final de la estimulación ovárica). En algunos casos, los test fueron enviados vía email, debido a que estos pacientes no tenían tiempo de cumplimentarlos y entregarlos el mismo día, y no regresan a la Unidad hasta saber el resultado de la prueba de embarazo 15 días después de la transferencia de embriones. En total se contó con los cuestionarios post intervención de 136 pacientes para hacer el análisis de datos, con lo cual la tasa de abandono se situó en el 33,65%, por debajo del 40% estimado en los cálculos de tamaño muestral.

5.5.1. Programa de intervención

El programa diseñado para este estudio ha sido desarrollado e implementado por la investigadora que presenta esta tesis doctoral. Su elaboración sigue un modelo biopsicosocial y recoge los aspectos que se consideran más importantes para trabajar según los objetivos planteados. Para el diseño del programa se han tenido en cuenta las diferentes etapas de

un ciclo de FIV/ICSI, prestando atención a los procesos y necesidades emocionales característicos de éstas. Se trata de un programa de intervención psicoeducativa breve que utiliza un formato grupal, y consta de una sesión informativa y tres sesiones de intervención.

El principal objetivo del programa es brindar apoyo psicológico y social a los/las pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida y salud mental a lo largo del ciclo de FIV/ICSI. Se ocupa tanto de su salud física como psicológica. En cada sesión se ofrece información para mejorar su calidad de vida, técnicas de manejo del estrés y ansiedad, desarrollo de flexibilidad psicológica, relaciones de pareja, familia y amigos, hábitos de vida saludables, comunicación efectiva con los/las facultativos/as, recursos de afrontamiento, sexualidad y planteamiento de metas acorde a los valores personales.

Los grupos de participantes han sido de seis pacientes como máximo y dos como mínimo. Se ha procurado que sean los mismos grupos de pacientes en las cuatro sesiones. De este modo se pretende desarrollar un vínculo de confianza y sostén en el transcurso del programa. Esta metodología se ha escogido ya que la evidencia (Moreno-Rosset, 2000; Steuber y High, 2015) sostiene que los programas grupales proporcionan un apoyo social beneficioso para los/as participantes. Éste contribuye mitigando las consecuencias psicológicas y físicas del estrés que produce el padecimiento de enfermedades crónicas. Es sabido que las personas con infertilidad suelen socializar sus dificultades emocionales con un círculo muy reducido (familiares directos), por lo que el apoyo social que reciben es muy limitado. Las intervenciones grupales son gratificantes y responden a necesidades sociales básicas de compartir tanto procesos emocionales como procesos de aprendizaje.

Las sesiones se llevaron a cabo en la sala de reuniones de la URHA del hospital y su duración era de 90 minutos. Todas fueron dirigidas por la investigadora. Las condiciones de la sala eran adecuadas, contaba con buena acústica y suficiente luz y espacio para llevar a cabo las actividades planificadas. Para la presentación de algunos temas en cada sesión se utilizaba material audiovisual (presentaciones de PowerPoint) y la pizarra de la sala.

Se ha tomado como fundamento teórico tres programas de enfoque psicoeducativo: *Mente y Cuerpo para la Infertilidad* de Domar et al., (1990), ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) de Hayes et al., (1996) y Programa de intervención grupal *Cuerpo-Mente* de Lemmens (2004). Tomando en cuenta sus diferentes metodologías, objetivos, contenidos y actividades, han sido escogidos y organizados según las necesidades observadas en la muestra. Se ha logrado simplificar su extensión intentando aprovechar el tiempo de las sesiones al máximo. Cabe mencionar que la persona que llevaba a cabo el programa había realizado previamente sus prácticas de máster en esta Unidad durante un año, y había tenido la oportunidad de observar la dinámica en el funcionamiento de las consultas médicas, de enfermería y en el quirófano de FIV.

La primera sesión es de carácter informativo acerca de los tratamientos y estado emocional de los/as pacientes. Se aplica el mismo formato para el grupo control y el grupo experimental. La diferencia entre ambos grupos es que el grupo experimental realiza tres sesiones de intervención además de la informativa y el control sólo la informativa. Esta sesión está planificada para tratar temas específicos de las TRA, debido a que las consultas médicas y de enfermería tienen un tiempo limitado, se pretende solventar las dudas e inquietudes de las y los pacientes dentro del hospital. Como se ha manifestado en el marco teórico, estos tratamientos traen consigo altos niveles de incertidumbre y, autores como Chambers et al. (2019), Domar (2018a) y Smeenk et al. (2001) afirman que los/as pacientes que no tienen acceso a un servicio de apoyo emocional se pueden beneficiar de material informativo durante sus tratamientos. Estas sesiones han demostrado mitigar los síntomas de ansiedad a los que están expuestas las personas con infertilidad. Del mismo modo, investigaciones de Gameiro et al. (2013) revelan que la información acerca del diagnóstico y los procedimientos brindada por el personal del centro de fertilidad tiene una relación inversa con los síntomas de ansiedad y depresión de los/as pacientes. Esto permite que los pacientes tengan experiencias positivas durante sus tratamientos y por lo tanto que su calidad de vida mejore. Al final de esta sesión se da la oportunidad de que los/as asistentes expongan sus dudas, observaciones y sensaciones acerca de los temas tratados. En el caso de los/as participantes del grupo control sólo se da opción a expresar observaciones y recomendaciones acerca de la sesión informativa. Muchas de las observaciones iban dirigidas hacia la relevancia de este tipo de reuniones dentro del hospital y la importancia de socializar y resolver inquietudes en-

tre pacientes que atraviesan por el mismo proceso y comparten historias y experiencias similares.

En las tres sesiones de intervención breve se tratan dudas y temas surgidos al inicio del programa, se proporcionan herramientas para abordar las necesidades emocionales, cognitivas y sociales específicas de la infertilidad. El diseño y contenido de cada sesión son los mismos para todos los grupos de participantes. Los temas que se trabajan se han seleccionado en base al estudio de los tres programas mencionados anteriormente. Los programas con un enfoque “mente-cuerpo” permiten considerar aspectos cognitivos, emocionales y físicos de las personas con infertilidad. Los objetivos que se tomaron en cuenta en el diseño del programa son los siguientes: brindar herramientas sencillas y viables de relajación y manejo de los síntomas de estrés y ansiedad, mejorar la capacidad de comunicación, restaurar la imagen corporal, ayudar a las parejas a apreciar su vida más allá de la infertilidad y sus tratamientos, brindar información sobre el impacto del estilo de vida en la infertilidad y capacitar en el reconocimiento de patrones de pensamientos recurrentes. Por otra parte, la terapia ACT, considerada perteneciente a la tercera ola del conductismo aporta conceptos como la compasión y la conceptualización de los eventos psicológicos como un conjunto de interacciones entre las personas, su contexto situacional, cultural e histórico. Las tres intervenciones tienen en común el uso del *mindfulness* como una herramienta que permite cultivar la flexibilidad psicológica y reconocer el vínculo entre el pensamiento y la posible sintomatología ansiosa y sus manifestaciones físicas.

La duración de cada sesión varía dependiendo del número de participantes, aproximadamente una hora con treinta minutos. Debido a que en algunas sesiones sólo estaban presentes dos participantes, estas sesiones podían ser más cortas. La selección de los grupos se determinaba por las personas que coincidían en el mismo día de inicio del tratamiento, de esta forma se podía asegurar que acudían los mismos días al hospital y el mismo número de veces. En la última sesión se hacía un cierre, un resumen de las técnicas aprendidas y se daban recomendaciones.

El formato de las tres sesiones del programa psicoeducativo es el siguiente:

Los primeros 20 minutos se dedicaban a compartir experiencias, evaluar el progreso alcanzado y responder preguntas relacionadas con la sesión anterior. A continuación, durante aproximadamente 50 minutos, se introducía el tema de la semana y se hacían ejercicios grupales o de pareja. Finalmente, en los últimos 20 minutos, se hacía un resumen y se cerraba la sesión.

En la Tabla 6 se resumen los objetivos, temas a tratar y actividades principales de las sesiones de intervención aplicadas en este estudio.

Tabla 6

Resumen de las sesiones aplicadas durante el programa de intervención

Objetivo Principal	Temas a tratar	Actividades
Sesión Informativa Grupo Control		
Brindar información sobre los TRA.	Tasas de éxito. Estado físico y psicológico durante los TRA.	Desarrollo de los temas. Participación del grupo, dudas y experiencias propias. Cierre de la sesión informativa.
Sesión Informativa Grupo Clínico		
Brindar información sobre los TRA.	Tasas de éxito. Estado físico y psicológico durante los TRA.	Desarrollo de los temas. Participación del grupo, dudas y experiencias propias. Presentación de los temas a tratar en siguientes sesiones.
Segunda Sesión		
Reconocer la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva. Aprender una técnica de respiración.	Estrés específico de la infertilidad. Sintomatología ansiosa y depresiva. Interpretación y valoración de los pensamientos.	Reconocimiento de los síntomas ansiosos y depresivos. Expresión emocional. Ejercicio grupal de imaginación y respiración.
Tercera Sesión		
Conocer el estado de la relación de pareja, y la existencia de apoyos sociales.	La relación de pareja y el apoyo de su red social. Planes y metas a medio plazo.	Introducción a los temas. Coloquio con los participantes. Proyección de metas potenciales a medio plazo. Ejercicio de comunicación asertiva.
Cuarta Sesión		
Explorar las percepciones de calidad de vida. Dar a conocer técnicas de comunicación y estrategias de afrontamiento eficaces.	La calidad de vida durante los TRA. Comunicación efectiva con el personal de infertilidad. Recursos de afrontamiento.	Introducción a los temas. Ejercicio grupal de práctica de comunicación eficaz. Coloquio final. Ejercicio de relajación.

Seguidamente se procede a hacer una descripción pormenorizada de cada sesión:

Sesión 1. Grupo Control y Grupo Experimental

Contenido de la sesión: Información sobre las TRA: tasas de éxito, estado psicológico y físico habitual, factores de riesgo de sufrir estrés emocional y retos en la cotidianidad durante las TRA.

Objetivos:

- Exponer los temas a tratar, las expectativas y los objetivos de la sesión.
- Brindar información basada en la evidencia sobre los tratamientos de fertilidad a los que están sometidos los/as pacientes.
- Conocer las dudas, ideas, pensamientos, percepciones y expectativas de los pacientes en cuanto a los TRA y a la sesión informativa.

Actividades:

- Presentación de la psicóloga y los/as participantes.
- Introducción a la sesión informativa, objetivos, expectativas y temas a tratar.
- Participación del grupo, compartir las experiencias y retos a los que se han visto o se ven expuestos a través del proceso de diagnóstico y tratamiento.
- Participación del grupo acerca de los aspectos positivos y negativos de la experiencia, resumen y cierre de la sesión informativa.

En el caso del grupo experimental se ha hecho una introducción al programa de intervención, posteriormente se han dado a conocer sus objetivos, el formato de las sesiones y los temas a tratar. Finalmente se ha pedido a los participantes que expresen sus expectativas sobre las siguientes sesiones.

Desarrollo de los temas:

- Tasas de éxito en las TRA, proceso de un ciclo de FIV/ICSI, posibles efectos secundarios de la medicación durante el tratamiento.
- Riesgo potencial de sufrir estrés emocional durante el proceso, factores de riesgo: Gametos donados, DGP, abortos y fallo de ciclos previos.
- Diferencias de género, reacciones ante la infertilidad y su tratamiento.

Sesión 2. Grupo experimental

Contenido de la sesión: Síntomas de ansiedad y estado de ánimo bajo, estrés específico de la infertilidad, técnicas de relajación, expresión de emociones y reestructuración cognitiva.

Objetivos:

- Dar a conocer el perfil del estado emocional, psicológico y físico típico de los/as pacientes durante los TRA.
- Lograr que los/as pacientes reconozcan la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva.
- Normalizar los sentimientos, emociones y sensaciones negativas propias de la infertilidad.
- Proporcionar información acerca de las herramientas disponibles para hacer frente al malestar físico y emocional propio de la infertilidad.
- Poner en práctica dos de estas técnicas mediante un ejercicio de imaginación.

Actividades:

- Los/as participantes comparten sus experiencias durante la semana, las ideas, dudas, molestias que han podido surgir.
- Desarrollo de los temas a tratar.
- Ejercicio de aplicación técnica de respiración diafragmática.
- Ejercicio grupal de imaginación.
- Resumen y cierre de la sesión.

Desarrollo de los temas:

- Síntomas físicos y emocionales comunes del estrés específico de la infertilidad según géneros.
- La importancia de la respiración en la relajación, respiración diafragmática.
- La influencia del contenido de los pensamientos en las acciones y emociones.

Sesión 3. Grupo experimental

Contenido de la sesión: Relación de pareja, deseo parental, metas conjuntas y personales, apoyo de la red social.

Objetivos:

- Conocer el estado de la relación de las parejas presentes.
- Explorar el deseo parental en cada participante, tomando en cuenta las diferencias de género.
- Conocer tanto las metas compartidas en pareja, como las individuales.
- Plantear unas metas personales y de pareja con respecto a escenarios de éxito y fracaso de las TRA.
- Examinar los apoyos sociales de cada pareja y participante

Actividades:

- Los/as participantes comparten sus experiencias durante la semana, las ideas, dudas, molestias que han podido surgir.
- Exposición de los temas a tratar.
- Revisión del “contrato” de la relación, las prioridades, metas personales y en pareja, actuales y en escenarios de éxito y fracaso de las TRA. Alternativas a la parentalidad biológica.
- Proyectar una “hoja de ruta” individual y de la relación. Desarrollo de un “plan B” e incluso “plan C”.
- Ejercicio de comunicación con declaraciones personales.
- Resumen y cierre de la sesión.

Desarrollo de los temas:

- El impacto negativo versus reforzamiento de la relación debido a la situación de infertilidad.
- Comunicación en la pareja, libertad, miedo, o evasión.
- Afecto y satisfacción con la pareja a pesar de las dificultades para concebir.
- La importancia de la sexualidad en la relación de pareja.

- El lugar que ocupa el deseo parental en la vida de cada paciente, el significado del “hijo”, emociones contradictorias. ¿Cuáles son sus límites en cuanto a los tratamientos médicos?
- La importancia del apoyo social en infertilidad, apoyo familiar, amistades, apertura para hablar del tema. El aislamiento y los sentimientos negativos ante el embarazo e hijos de amistades y familia.

Sesión 4. Grupo experimental

Contenido de la sesión: Calidad de vida durante las TRA, hábitos de vida saludables, comunicación efectiva con los/as médicos/as y personal dentro del centro de fertilidad, y recursos de afrontamiento.

Objetivos:

- Explorar el concepto y percepciones de calidad de vida de los/as pacientes.
- Dar a conocer hábitos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de los/as participantes.
- Ofrecer estrategias de comunicación efectiva con el personal del centro de fertilidad.
- Orientar a los/as pacientes en cuanto al uso de estrategias eficaces de afrontamiento

Actividades:

- Los/as participantes comparten sus experiencias durante la semana, las ideas, dudas, molestias que han podido surgir.
- Desarrollo de los temas a tratar.
- Ejercicio grupal de práctica en comunicación eficaz.
- Ejercicio de relajación guiada en áreas focalizadas del cuerpo.
- Resumen y cierre del programa.

Desarrollo de los temas:

- La calidad de vida durante las TRA y la influencia de los hábitos de vida saludables en ésta.

- La importancia del cuidado personal y la autocompasión.
- El sueño, la alimentación, la actividad física y la relajación como mediadores en el estrés emocional.
- La participación en las decisiones durante el tratamiento, beneficios de una comunicación eficaz con los/as facultativos y personal en el centro de fertilidad.
- Desarrollo y uso eficaz de estrategias de afrontamiento ante situaciones y experiencias desagradables, toma de decisiones conscientes en el tratamiento de reproducción asistida.

Finalmente, la aplicación y el diseño de cada sesión era específico para el grupo de participantes, y se ha adaptado a las características de este. Por ejemplo, en grupos de mujeres solteras no era necesario abordar temas de pareja y se hacía más énfasis en temas de apoyo social, en grupos con mujeres lesbianas los temas de pareja se planteaban adaptados, en grupos con personas con hábitos de vida considerados no saludables se planeaban sesiones que ponían en relieve la importancia de la actividad física y de los hábitos de vida dentro del éxito de los tratamientos y en la mejora de la calidad de vida y, en grupos de pacientes en primer ciclo de FIV se hacía énfasis en la información sobre las técnicas.

5.6. Análisis estadísticos

El análisis de los datos de este estudio se llevó a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0. Se utilizó la web https://www.psychometrica.de/effect_size.html para calcular la *d* de Cohen. No hubo tratamiento de datos faltantes dado que la matriz de datos estaba prácticamente completa en la evaluación pre-tratamiento. Para los cálculos de comparación de los grupos control y experimental, sólo se tuvieron en cuenta los/las participantes con la información completa en ambos momentos temporales. No se detectaron valores estadísticos atípicos mediante los correspondientes diagramas de caja. Se realizó la pertinente comprobación de la normalidad de los datos previa a los análisis inferenciales mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables “años de pareja”, “diagnóstico” y “resultado de los tratamientos” no presentaban distribución normal pero dado el tamaño de la

muestra y que el resto de los supuestos se cumplieran, se decidió el uso de pruebas paramétricas para los datos de naturaleza cuantitativa.

Se han realizado los siguientes análisis estadísticos para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados:

1. Análisis de la fiabilidad de los instrumentos de medida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.
2. Análisis descriptivos de todas las variables estudiadas mediante porcentajes o estadísticos de centralidad, dispersión y forma, según que las variables fueran cualitativas o cuantitativas.
3. Se realizaron pruebas t de una muestra para comparar las puntuaciones pre-intervención en síntomas de ansiedad y depresión con las medias poblacionales de referencia en las pruebas utilizadas. Estos análisis se realizaron con un enfoque de género. Se compararon las medias de hombres y mujeres en calidad de vida (y sus subescalas) mediante pruebas t de grupos independientes, con la d de Cohen como indicador de tamaño del efecto.
4. Después de comprobar gráficamente la linealidad de las relaciones entre las variables mediante diagramas de dispersión, se procedió al cálculo del coeficiente de correlación de Pearson entre las variables edad, tiempo de infertilidad, cantidad de intentos de procedimientos de reproducción asistida (incluyendo ciclos de coito dirigido, inseminaciones artificiales, y FIV/ICSI en otros servicios), las puntuaciones del Estado y Rasgo de ansiedad (STAI E-R), de la sintomatología depresiva (BDI-II) y de la calidad de vida (FertiQoL). Adicionalmente, se realizó una regresión lineal por pasos para buscar las mejores variables explicativas de la subescala "Relacional" del FertiQoL. Estos análisis también se realizaron con un enfoque de género.

5. Para estudiar la cuarta hipótesis, se realizó un análisis de la varianza multivariado MANOVA para comparar las variables dependientes en función de dos grupos de edad (hasta 37 años y mayores de 37 años).

6. El análisis de la eficacia de la intervención se hizo para cada variable dependiente siguiendo el procedimiento recomendado por Botella y Caperos (2019) que afirman: "Cuando se dispone de dos medidas, pre y post, tomadas en dos grupos (tratamiento y de control), se pueden emplear varios procedimientos. La forma idónea de análisis es el modelo ANOVA de dos factores, uno inter (grupo) y otro intra (momento). La eficacia específica de la intervención se demuestra cuando: a) la interacción es significativa y, b) las medias se ordenan apropiadamente" (pág. 43). Por tanto, el estudio del efecto del programa se ha realizado por medio de un ANOVA factorial mixto para cada variable dependiente.

7. Finalmente, se han realizado también cálculos del tamaño del efecto para poder interpretar los resultados sin la influencia del tamaño de las muestras. Dichos tamaños, dependiendo de las hipótesis se han realizado mediante el *Coefficiente de Determinación* (para las correlaciones y regresiones), mediante la *d de Cohen*, y *Eta cuadrado parcial* (η^2 *parcial*) para los ANOVAs.

6. RESULTADOS

Fiabilidad de los instrumentos

Los Coeficientes Alfa de Cronbach se resumen en la Tabla 7. Tal como se puede apreciar, todos los valores están por encima del 0,85 por lo que la consistencia interna de las pruebas es adecuada. Con estos cálculos se ha demostrado que las evaluaciones se han realizado en buenas condiciones; los/las participantes han entendido bien las instrucciones y han contestado los cuestionarios de manera apropiada.

Tabla 7

Fiabilidad de los instrumentos

	Medidas pre-intervención				Medidas post-intervención			
	BDI-II	STAI-E	STAI-R	FertiQoL	BDI-II	STAI-E	STAI-R	FertiQoL
Alfa de Cronbach	0,87	0,91	0,90	0,88	0,86	0,88	0,88	0,86

Comparación de los grupos control y experimental

Con el objetivo de comprobar que los grupos de control y de tratamiento presentaban valores semejantes en las principales variables demográficas y psicológicas, para que realmente se pudieran hacer las comparaciones entre ellos en las puntuaciones de las variables dependientes en el post-tratamiento, se realizaron comparaciones mediante pruebas Chi-cuadrado (variables categóricas) y mediante pruebas t (variables numéricas) con corrección de Bonferroni.

Aunque se observa en la Tabla 8 que en el grupo control el porcentaje de mujeres es algo mayor que en el grupo clínico, dicha diferencia no ha alcanzado la significación estadística con la prueba Chi-cuadrado. Tampoco hay diferencias significativas entre control y clínico en

los porcentajes de los distintos tipos de diagnósticos, ya que Chi-cuadrado no fue significativo ($\chi^2(4)=5,59$; $p=0,232$).

Encontramos diferencias significativas entre el grupo control y grupo clínico en los porcentajes de los distintos tipos de resultados obtenidos en los TRA ($\chi^2(2)=11,12$; $p=0,004$). De la distribución se puede deducir que el grupo control ha tenido mayor tasa de ciclos fallidos que el experimental.

Tabla 8

Comparación de los grupos control y clínico. Características clínicas y demográficas de tipo categórico.

	Grupo Control	Grupo Clínico	Chi-cuadrado	p
	%	%		
Sexo			3,81	0,051
Mujer	77,78	61,90		
Hombre	22,22	38,10		
Diagnóstico			5,59	0,232
Esterilidad Primaria	55,56	52,38		
Factor Femenino	25,93	14,29		
Factor Masculino	14,81	23,81		
Sin Pareja	1,85	7,14		
Esterilidad Secundaria	1,85	2,38		
Resultado del tratamiento			11,12	0,004
Continúa	48,15	69,05		
Éxito	20,37	21,43		
Alta/Fracaso	31,48	9,52		

No hay diferencias significativas en la media de edad de ambos grupos ($p=0,35$). De igual manera, no se aprecian diferencias significativas entre los grupos en los años de evolución de la infertilidad, ni en la cantidad de tratamientos recibidos tal como se refleja en las pruebas t efectuadas ($p=0,74$ y $p=0,76$ respectivamente). Estos valores se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9

Comparación de los grupos control y clínico. Características clínicas y demográficas de tipo numérico

	Grupo Control		Grupo Clínico		p
	N	M (DT)	N	M (DT)	
Edad	54	37,20 (4,61)	84	36,46 (4,47)	0,35
Duración de la Infertilidad	54	4,43 (2,03)	84	4,57 (2,80)	0,74
Cantidad de tratamientos	54	1,09 (1,67)	84	1,18 (1,65)	0,76

Las variables claves para considerar que los grupos son equiparables antes de la intervención son las variables dependientes. En la Tabla 10 se aprecia que ninguna de las pruebas t indican la obtención de diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,32$; $p=0,29$; $p=0,33$ y $p=0,48$ respectivamente).

Tabla 10

Comparación de los grupos control y clínico. Variables dependientes

	Grupo Control		Grupo Clínico		p
	N	M (DT)	N	M (DT)	
BDI Pre	54	6,07 (5,66)	84	7,05 (6,07)	0,32
STAI E Pre	54	19,54 (7,96)	84	21,21 (10,52)	0,31
STAI R Pre	54	16,63 (8,80)	84	18,26 (10,07)	0,33
FertiQoL Pre	54	78,20 (13,44)	84	76,62 (12,58)	0,48

6.1. Primera Hipótesis

Esta hipótesis hace referencia al estado emocional de los/as usuarios/as de TRA. Se pretende hacer un perfil del estado emocional de las pacientes y sus parejas al iniciar sus tratamientos médicos comparando sus puntuaciones en estado de ánimo, ansiedad (estado y rasgo) y calidad de vida con las medias poblacionales de cada test. En este análisis se han tomado en cuenta a los/as 208 pacientes con evaluaciones pre-intervención, aunque se han analizado por separado hombres y mujeres ya que los valores poblacionales de referencia son distintos en las escalas utilizadas.

Los contrastes de las medias con el estadístico t se han hecho con valores de referencia sugeridos para cada test. Los presentados por Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos (2015) para el Inventario de depresión de Beck-II, y los de Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García-Vera (2014) para el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Debido a que no se han encontrado valores de referencia poblacionales del test FertiQoL no se ha podido realizar este análisis. Los valores descritos en esta sección se encuentran recogidos en la Tabla 11.

Estado de ánimo (BDI-II)

En el estudio de las puntuaciones medias de sintomatología depresiva de las mujeres que fueron evaluadas al inicio de este estudio, no se han encontrado diferencias significativas con el valor medio poblacional en mujeres, que es de nueve puntos según Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García-Vera (2014). La media de las mujeres en este estudio es de 7,91 puntos (DT=6,54), la prueba t para una muestra indicó que esta media no difería significativamente de la media de referencia, aunque estuvo cerca de alcanzar la significación ($p=0,051$), lo que revela que su estado de ánimo al iniciar un ciclo de FIV/ICSI no se encuentra afectado.

En referencia al estado de ánimo de los hombres de la muestra de este estudio, se pueden apreciar diferencias significativas ($p<0,001$) al comparar sus resultados con los de la media poblacional en hombres, que según Sanz et al. (2014) es de siete puntos. El valor de

la media de los hombres de esta muestra es de 4,33 puntos (DT=4,53), lo cual indica que su estado de ánimo al inicio del tratamiento no se encontraba afectado, era incluso significativamente mejor que el de la población normal.

Estado-Rasgo de ansiedad (STAI)

El estado de ansiedad de las mujeres evaluadas al inicio del estudio es significativamente más alto al de la media poblacional ($p < 0,001$), encontrándose la puntuación media en el centil 70. La media de referencia es de 15-16 puntos según Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos (2015), por lo que en la prueba t de contraste de una muestra se ha utilizado el valor 15,5. La media de las mujeres de la muestra es 22,45 puntos (DT=10,57), lo que evidencia el elevado nivel de ansiedad-estado de las mujeres al iniciar un proceso de reproducción asistida.

Al estudiar la puntuación media de la ansiedad-rasgo de estas mujeres, también se hallan diferencias significativas con el valor de referencia ($p < 0,001$). No obstante, en este caso se invierten los resultados respecto a los de ansiedad como estado, ya que las pacientes presentan una media significativamente menor que la poblacional, encontrándose en el Centil 45. La media de referencia es de 22,5 puntos, y la media de las mujeres de este estudio es de 20,02 puntos (DT=9,96), indicando de esta manera que su ansiedad-rasgo es más bajo que el de la población general.

Con respecto a los resultados de los hombres que participaron en este estudio, al comparar su puntuación media en ansiedad-estado, que es 15,64 puntos (DT=8,33) con la media poblacional para hombres, que acorde con Buela-Casal et al. (2015) es de 15 puntos, no se hallan diferencias significativas ($p = 0,53$). La media obtenida se encuentra en el Centil 50, lo que señala que la ansiedad-estado de los hombres en el inicio de un ciclo de FIV/ICSI no es más alto del de la media de referencia, esto hace que su perfil, también en este aspecto, sea diferente al de las mujeres.

Finalmente, en el contraste de las puntuaciones de la ansiedad-rasgo con la media poblacional para hombres, que es de 18 puntos según Buela-Casal et al. (2015), aparecen di-

ferencias significativas ($p < 0,001$). La media de los hombres es de 12,69 puntos (DT=8,07), y este resultado se sitúa en el Centil 30, lo que revela que, al igual que las mujeres, habitualmente sus niveles de ansiedad-rasgo son muy bajos.

Tabla 11

Características psicológicas de la muestra (N=208)

Variable	Sexo	N	Media de referencia*	Media	DT	t	p
BDI-II							
	Mujeres	141	9	7,91	6,54	-1,96	0,051
	Hombres	67	7	4,33	4,53	-4,82	0,000
STAI							
STAI-E	Mujeres	141	15,5	22,45	10,57	7,79	0,000
	Hombres	67	15	15,64	8,33	0,63	0,531
STAI-R	Mujeres	141	22,5	20,02	9,96	-2,95	0,004
	Hombres	67	18	12,69	8,07	-5,38	0,000

*Obtenidos de Buela-Casal et al. (2015) para el Inventario de depresión de Beck-II, y Sanz et al. (2014) para el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.

Calidad de vida (FertiQoL)

En el caso del FertiQoL, no se han encontrado valores de baremos poblacionales de referencia, por lo que no se ha podido hacer una comparación como la descrita para el estado de ánimo y la ansiedad. La puntuación media en el FertiQoL Núcleo de las mujeres es de 75,33 (DT=14,46), mientras que las de los hombres es de 82,58 puntos (DT=10,22). La diferencia entre estas puntuaciones es significativa ($p < 0,001$). Al observar estos valores se

aprecia que la Calidad de Vida tanto de mujeres como de hombres es alta, ya que según la clasificación de Kahyaoglu y Balkani (2014) ambos valores están por encima del percentil 75. Sin embargo, también se aprecia que las puntuaciones medias de las mujeres son más bajas que las de los hombres, indicando que su calidad de vida se encuentra más comprometida al iniciar un TRA. Los datos referentes a esta variable se encuentran en la Tabla 12.

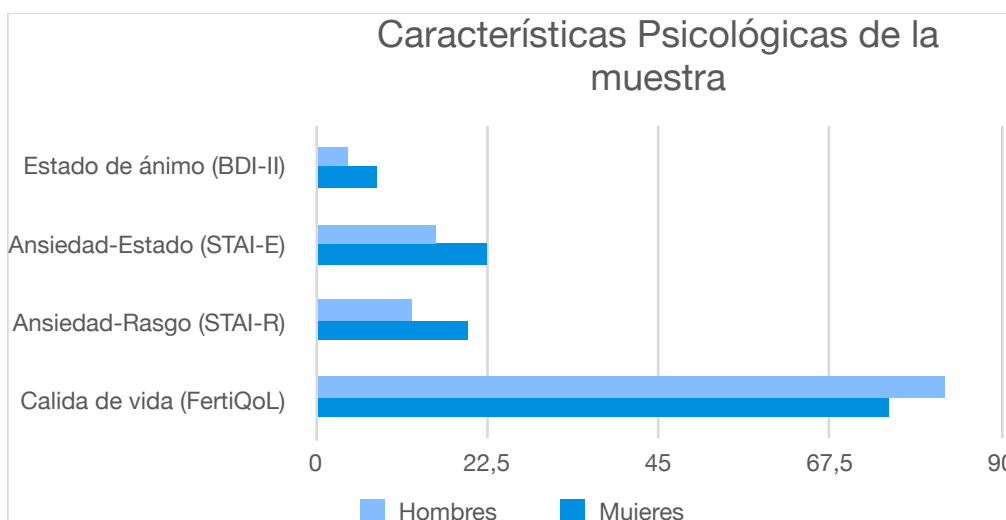
En la subescala Mente-Cuerpo encontramos una media de 70,28 (DT=19,30) en las puntuaciones de las mujeres, los hombres por su parte tienen una puntuación media de 82,21 (DT=14,87), esta diferencia también es significativa ($p < 0,001$), demostrando que la percepción de las mujeres acerca de su estado físico y mental difiere negativamente de la de los hombres. Al observar las puntuaciones de las mujeres en la subescala Emocional, encontramos una media de 73,18 (DT=17,98), al compararla con las de los hombres (86,67 puntos) se evidencian diferencias significativas ($p < 0,001$) entre éstas lo que indica que, en comparación con las puntuaciones de los hombres, las mujeres presentan un estado emocional que se encuentra más afectado al inicio de un TRA. En referencia a la Subescala Relacional, las mujeres tienen una puntuación media de 80,87 (DT=15,77) y la puntuación media de los hombres es de 79,12 (DT=16,39), la diferencia entre estos valores no es significativa ($p = 0,466$), y es la única en la que la puntuación de las mujeres es ligeramente más alta que la de los hombres. Por último, en la Subescala Social, la puntuación media de las mujeres es de 77,98 (DT=17,81) y la de los hombres es de 82,82 (DT=13,64). En estas puntuaciones encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$) que indican que la esfera social de las mujeres se encuentra más deteriorada que la de los hombres.

Tabla 12

Características psicológicas de la muestra (N=208)

Variable	Sexo	N	Media	DT	t	p	d de Cohen
FertiQoL							
Núcleo	Mujeres	141	75,33	14,46	-4,16	<0,001	0,55
	Hombres	67	82,58	10,22			
Mente-Cuerpo	Mujeres	140	70,28	19,30	-4,89	<0,001	0,66
	Hombres	67	82,21	14,87			
Emocional	Mujeres	140	73,18	17,98	-6,20	<0,001	0,82
	Hombres	67	86,67	12,75			
Relacional	Mujeres	134	80,87	15,77	0,73	0,466	-0,11
	Hombres	67	79,12	16,39			
Social	Mujeres	140	77,98	17,81	-2,16	0,033	0,29
	Hombres	67	82,82	13,64			

Finalmente, en el análisis de esta hipótesis las puntuaciones de esta prueba han presentado diferencias de género en todas las subescalas excepto en la subescala Relacional. Los tamaños del efecto (d de Cohen) son grandes en las subescalas Mente-Cuerpo y Emocional. Aunque las puntuaciones indican una calidad de vida normal, en la comparación entre géneros se hace evidente la diferencia en la experiencia de cada miembro de la pareja. Hay que tener en cuenta que en este estudio el género está vinculado al rol dentro del proceso de someterse a una TRA, ya que todas las mujeres son personas activas receptoras del tratamiento mientras que los hombres tienen un rol de pareja. Se puede observar en la Gráfica 1 la diferencia entre las puntuaciones de las pruebas de características psicológicas de las mujeres y de los hombres.



Gráfica 1: Características Psicológicas de la muestra pre-intervención.

6.2. Segunda Hipótesis

La segunda hipótesis plantea que el estado emocional y la calidad de vida de las pacientes y sus parejas, se va deteriorando a medida que aumenta el tiempo de infertilidad y la cantidad de intentos de quedarse embarazadas mediante un TRA. Dado que en la primera hipótesis se han observado diferencias en el perfil emocional de las mujeres y los hombres, para esta segunda hipótesis, junto con al análisis conjunto de todos los datos, se ha realizado también un análisis separado para cada sexo. Los resultados de las correlaciones en función del sexo se encuentran en la Tabla 13.

Después de realizar los estudios pertinentes de linealidad mediante las técnicas gráficas adecuadas, se realizó el cálculo de las correlaciones de Pearson entre las variables señaladas. Para el grupo de mujeres, agentes activas del TRA, las correlaciones entre el tiempo de duración de la infertilidad y la cantidad de tratamientos realizados con su estado emocional, han evidenciado que la cantidad de tratamientos no presentan correlaciones significativas con las puntuaciones tanto en el BDI-II ($R=0,07$ $p=0,441$) como en las subescalas del STAI E-R ($R=0,07$ $p=0,414$; $R=0,01$ $p=0,930$), ni con las puntuaciones del FertiQoL ($R=-0,10$ $p=0,237$). En otras palabras, la cantidad de tratamientos no ha demostrado incrementar los síntomas depresivos, el Estado-Rasgo de ansiedad o disminuir la calidad de vida de las mujeres durante los TRA.

Se ha apreciado que la sintomatología depresiva tiene una correlación significativa directa con el Estado-Rasgo de ansiedad ($R=0,74$ $p<0,001$; $R=0,69$ $p<0,001$) y negativa con la calidad de vida ($R=-0,64$ $p<0,001$), lo que indica que, a mayor sintomatología depresiva, se encuentra mayor sintomatología ansiosa y una calidad de vida disminuida. Así mismo, con las puntuaciones de ansiedad-estado se ha obtenido una relación directa con la ansiedad-rasgo ($R=0,78$ $p<0,001$) e inversa con la calidad de vida ($R=-0,73$ $p<0,001$), es decir, como era de esperar las mujeres con mayor ansiedad-estado también son las que puntúan más alto en ansiedad-rasgo, y a su vez son las que puntúan más bajo en calidad de vida.

En el caso de los hombres, al estudiar las correlaciones entre el tiempo de duración de la infertilidad y la cantidad de tratamientos con su estado emocional, se ha encontrado una correlación inversa entre los años de evolución de la infertilidad y la ansiedad-estado ($R=-0,24$ $p=0,046$), esto indica que, a mayor duración de la infertilidad, la ansiedad-estado es menor. Han aparecido correlaciones significativas entre el estado de ánimo, el estado-rasgo de ansiedad y la calidad de vida ($R=0,64$ $p<0,001$; $R=0,59$ $p<0,001$; $R=-0,63$ $p<0,001$) manifestando que el aumento de sintomatología depresiva va asociado a un aumento de sintomatología ansiosa, tanto en estado, como en rasgo y adicionalmente, a una calidad de vida empobrecida.

Tabla 13

Correlaciones entre el tiempo de evolución de la infertilidad y el número de TRA con el estado emocional y la calidad de vida en mujeres (N=141) y hombres (N=67)

		Tiempo	Tratamientos	BDI-II	STAI-E	STAI-R	FertiQoL
Tiempo	Mujeres	1	0,14	-0,03	-0,06	-0,01	-0,01
	Hombres	1	0,21	-0,18	-0,24*	-0,08	0,15
Tratamientos	Mujeres	-	1	0,07	0,07	0,01	-0,10
	Hombres	-	1	0,05	0,06	0,18	0,07
BDI-II	Mujeres	-	-	1	0,74**	0,69**	-0,64**
	Hombres	-	-	1	0,64**	0,59**	-0,63**
STAI-E	Mujeres	-	-	-	1	0,78**	-0,73**
	Hombres	-	-	-	1	0,77**	-0,53**
STAI-R	Mujeres	-	-	-	-	1	-0,69**
	Hombres	-	-	-	-	1	-0,49**

*p<0,05 ; **p<0,001

En referencia al análisis de las correlaciones del estado emocional de la muestra total con las variables de la infertilidad, los resultados se encuentran detallados en la Tabla 14. Se ha encontrado una relación significativa directa entre el estado de ánimo y el estado-rasgo de ansiedad (R=0,74 P<0,001; R=0,70 p<0,001), demostrando que ambas sintomatologías presentan pautas semejantes. Del mismo modo, la ansiedad-estado tiene una correlación significativa con las puntuaciones de ansiedad-rasgo (R=0,80 p<0,001), esto significa que cuando las puntuaciones de ansiedad-estado son altas, también lo son las de rasgo. Hay que considerar que, aunque se hable de puntuaciones altas, se entiende que se refiere dentro del rango de valores que se han observado, que por lo general en la muestra son bajas, tal como se ha visto en el apartado anterior. De igual manera, se ha encontrado una relación negativa significativa entre las puntuaciones de estado de ánimo (R=-0,67 p<0,001) y ansiedad estado-rasgo (R=0,74 p<0,001; R=0,70 p<0,001) con las de calidad de vida. Lo que evidencia el hecho de que un estado emocional deteriorado está relacionado negativamente con la calidad de vida de las personas que atraviesan por TRA.

Tabla 14

Correlaciones entre el tiempo y el número de tratamientos de infertilidad con el estado emocional y la Calidad de Vida para el total de la muestra (N=208)

	Tiempo	Tratamientos	BDI-II	STAI-E	STAI-R	FertiQoL
Tiempo	1	0,16*	-0,07	-0,11	-0,03	0,03
Tratamientos	-	1	0,08	0,08	0,07	-0,07
BDI-II	-	-	1	0,74**	0,70**	-0,67**
STAI-E	-	-	-	1	0,80**	-0,71**
STAI-R	-	-	-	-	1	-0,68**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Se puede apreciar la no existencia de correlaciones significativas entre la cantidad de tratamientos, el estado de ánimo, y la sintomatología ansiosa. También se ha evidenciado que los años de infertilidad no tienen una correlación significativa con el estado emocional; es decir, el tiempo de infertilidad no está relacionado con el estado emocional de los/as participantes de este estudio. Se aprecia la existencia de una correlación positiva significativa entre el tiempo de infertilidad y la cantidad de tratamientos ($R=0,16$ $p=0,021$) a los que se han sometido los y las participantes.

Esta hipótesis no ha sido confirmada por los datos, dado que las correlaciones entre la cantidad de tratamientos, el tiempo de infertilidad y los indicadores de estado de ánimo y ansiedad no han sido significativas. Los tamaños de efecto, calculados a partir de los coeficientes de correlación al cuadrado (coeficientes de determinación), son prácticamente nulos ya que la mayoría están por debajo de 0,01. Sin embargo, se han encontrado correlaciones significativas entre el estado de ánimo y el estado-rasgo de ansiedad, demostrando que esas variables suelen evolucionar en la misma dirección, lo que suele ser habitual en los estudios sobre trastornos afectivos (Boivin y Takefman, 1996; Pasch et al., 2016). El coeficiente de determinación calculado entre el BDI-II y el STAI-E indica que la varianza explicada es del 54,76%, mientras que en el caso del BDI-II y el STAI-R es del 49,00%, lo que conlleva tamaños del efecto grandes según la clasificación de Hopkins (2009), en la que valores en torno a 0,01 indican tamaños nulos o pequeños, valores en torno a 0,10 indican tamaños medios, y valores en torno a 0,25 o superiores indican tamaño grande.

En referencia a la varianza explicada entre el FertiQoL y el BDI-II es de 44,89%, con la subescala STAI-E de 50,41% y en el caso del STAI-R de 46,24%. Del mismo modo, estos valores indican tamaños de efecto grandes. Las variables de estado emocional están relacionadas con la de calidad de vida, en este caso negativamente, mostrando la asociación del estado emocional en la calidad de vida de los/las participantes de este estudio.

6.3. Tercera Hipótesis

En esta hipótesis se estudia la posible relación entre la edad de las mujeres que se someten a TRA y su estado emocional y calidad de vida, dado que en la literatura hay estudios en los que ha aparecido tal asociación (Hashemieh et al. 2013 y Noorbala et al. 2008). Según estos estudios las pacientes de mayor edad tienen un estado emocional más alterado que las mujeres más jóvenes, y los niveles de ansiedad se encuentran correlacionados con el incremento de edad de las mujeres.

Como se puede apreciar en la Tabla 15, no se han encontrado correlaciones significativas entre las variables de estado emocional y calidad de vida (BDI-II, STAI/E-R y FertiQoL) y la edad de las pacientes. Esto señala que la edad de las mujeres no es un factor determinante para sufrir desajuste emocional o una calidad de vida disminuida en el momento de someterse a un ciclo de FIV/ICSI.

Tabla 15

Relación entre la edad de las mujeres y su estado emocional y calidad de vida (N=141)

	BDI-II	STAI-E	STAI-R	FertiQoL
Edad	-0,030	-0,003	-0,069	-0,061

Con el objetivo de profundizar un poco más en el estudio de la variable edad se formaron dos grupos de mujeres utilizando como punto de dicotomización los 37 años, ya que este valor se considera el inicio de la edad reproductiva avanzada donde la fecundidad de la mujer empieza a declinar considerablemente (Frets, 2018; Sabatini, 2018). De esta forma el

grupo de mujeres con una edad mayor o igual a 37 años estuvo formado por 80 mujeres, y el de menores de 37 estuvo formado por 61 mujeres. El objetivo era comparar ambos grupos en las variables psicológicas medidas, para esto se efectuaron las pertinentes pruebas t de contraste de medias entre ambos grupos de edad, con la corrección de Bonferroni. No se han obtenido diferencias significativas en ninguna de las cuatro variables dependientes analizadas. Los tamaños del efecto son nulos o muy bajos. Los resultados se encuentran detallados en la Tabla 16.

Tabla 16

Puntuaciones en estado de ánimo, ansiedad estado-rasgo y calidad de vida por grupo de edad

Variable	Edad	Número	Media	DT	p	d de Cohen
BDI-II						
	>37	80	7,56	7,03	0,466	0,13
	<37	61	8,38	5,87		
STAI E						
	>37	80	22,43	11,35	0,978	0,01
	<37	61	22,48	9,57		
STAI R						
	>37	80	19,02	10,43	0,175	0,23
	<37	61	21,33	9,23		
FertiQoL						
	>37	80	75,15	15,15	0,869	0,03
	<37	61	75,56	13,14		

Los resultados obtenidos en este análisis no permiten mantener la hipótesis planteada, por lo que se puede afirmar que con estos datos la edad no es un factor importante para la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y una calidad de vida disminuida en pacien-

tes que inician un ciclo de FIV/ISCI. Es decir, las mujeres de mayor edad no presentan un estado emocional más deteriorado que las mujeres más jóvenes.

6.4. Cuarta Hipótesis

En la cuarta hipótesis se estudia si las puntuaciones en sintomatología depresiva y ansiosa correlacionan negativamente con las puntuaciones en las subescalas Relacional y Emocional del FertiQoL, ya que es de esperar que la sintomatología ansiosa y depresiva pueda estar asociada al estado emocional y a los aspectos de la calidad de vida centrados en la relación de pareja. Al igual que en las dos primeras hipótesis, los cálculos se han efectuado separadamente para cada sexo y también se ha efectuado el análisis global con todos los participantes.

Tras realizar las pertinentes comprobaciones gráficas de la linealidad (diagrama de dispersión), se obtuvieron los coeficientes de correlación de Pearson entre los indicadores mencionados. En primer lugar, se describe el análisis conjunto de toda la muestra, cuyos resultados están sintetizados en la Tabla 17, y a continuación separados por género en la Tabla 18.

Como se aprecia en la Tabla 17, las puntuaciones en sintomatología depresiva correlacionan negativamente con las puntuaciones en la escala de relación de pareja, indicando así que a mayor presencia de sintomatología depresiva las puntuaciones en la escala de la calidad de la relación de pareja son menores. Del mismo modo se observa que esta variable tiene también una correlación negativa significativa con el estado emocional de los/las participantes, lo cual permite afirmar que esas variables están asociadas entre sí. Dado que estas variables no han sido manipuladas experimentalmente sino sólo medidas en un momento temporal dado, no se puede establecer un orden de ocurrencia de las variables, por lo que no se cumple una de las tres condiciones para el establecimiento de relaciones causales, que la causa siempre precede al efecto; de este modo, aunque no se puede afirmar que la sintomatología depresiva sea la causa de una menor calidad de vida asociada a

la relación de pareja, y un estado emocional deteriorado, ya que también podría ser al contrario, que fuera una mala relación de pareja y un estado emocional afectado los que provocaran la sintomatología depresiva, si se puede afirmar que estas variables están correlacionadas.

Tabla 17

Correlaciones entre el estado emocional, la relación de pareja y situación emocional ligada a la calidad de vida de las parejas que se someten a un TRA

	STAI-E	STAI-R	Relacional	Emocional
BDI-II	0,74**	0,70**	-0,29**	-0,62**
STAI-E	1	0,80**	-0,35**	-0,64**
STAI-R	-	1	-0,30**	-0,63**
Relacional	-	-	1	0,23**
Emocional	-	-	-	1

**p≤ 0,001

En cuanto a las correlaciones con las puntuaciones de sintomatología ansiosa tanto en la escala estado como en la escala rasgo, se puede observar que su correlación también es negativa con las puntuaciones en calidad de vida asociada a la relación de pareja, así como con el bienestar emocional de los/las participantes en este estudio. Esto indica que las personas que inician un ciclo de FIV/ICSI y puntúan alto en la calidad de vida en referencia a la relación de pareja y estado emocional, puntúan bajo en ansiedad tanto estado como rasgo.

De la comparación de las correlacionales de hombres y mujeres se puede observar en la Tabla 18 que, aunque se mantiene el mismo patrón de correlaciones, en general, las de los hombres son más bajas que las de las mujeres. La única diferencia importante es que la correlación entre ambas subescalas del FertiQoL analizadas no es significativa en el grupo de hombres, esto es, en ellos una mejor relación de pareja no está correlacionada con una mayor estabilidad emocional.

Tabla 18

Influencia del estado emocional en la relación de pareja y en la calidad de vida en mujeres y hombres

	Sexo	STAI E	STAI R	Relacional	Emocional
BDI-II	Mujeres	0,74**	0,69**	-0,35**	-0,60**
	Hombres	0,64**	0,59**	-0,26*	-0,53**
STAI-E	Mujeres	1	0,78**	-0,40**	-0,65**
	Hombres	1	0,77**	-0,34**	-0,38**
STAI-R	Mujeres	-	1	-0,34**	-0,64**
	Hombres	-	1	-0,33**	-0,33**
Relacional	Mujeres	-	-	1	0,36**
	Hombres	-	-	1	0,05
Emocional	Mujeres	-	-	-	1
	Hombres	-	-	-	1

*p<0,05 ; **p<0,01

Para estudiar en mayor profundidad la importancia de los factores STAI-E, STAI-R y BDI-II, a la hora de explicar la relación de pareja (subescala Relacional del FertiQoL), se ha realizado una regresión lineal por pasos en función del género de los/las participantes, la cual se presenta en la Tabla 19. Mediante el pertinente análisis de los residuales se han comprobado los supuestos de la regresión lineal. En el primer paso se ha obtenido un modelo simple en el que el único factor explicativo es la ansiedad-estado tanto para las mujeres como para los hombres de la muestra. Demostrando que esta variable tiene mayor peso sobre el bienestar de la relación de pareja que la ansiedad-rasgo y el estado de ánimo.

Tabla 19

Análisis de regresión por pasos de la subescala Relacional del FertiQoL en función de la Ansiedad-Estado (STAI-E), Ansiedad-Rasgo (STAI-R) y el Estado de ánimo (BDI-II)

	Variable	R ²	B	ET	Beta	t	p
Mujeres	STAI-E	0,16	-0,60	0,12	-0,40	-5,07	<0,001
Hombres	STAI-E	0,10	-0,67	0,23	-0,34	-2,91	0,005

En referencia a la subescala Emocional del FertiQoL, la importancia de las variables ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y estado de ánimo también se ha estudiado mediante una regresión lineal por pasos en función al género de los/las participantes, demostrando diferencias en las variables predictoras. El análisis de los resultados de las mujeres muestra que el factor explicativo de la subescala Emocional es la ansiedad-estado. En el caso de los hombres encontramos que la mayor carga explicativa de la subescala Emocional es el estado de ánimo. Este análisis se encuentra detallado en la Tabla 20.

Tabla 20

Análisis de regresión por pasos de la subescala Emocional del FertiQoL en función de la Ansiedad-Estado (STAI-E), Ansiedad-Rasgo (STAI-R) y Estado Emocional (BDI-II)

	Variable	R ²	B	ET	Beta	t	p
Mujeres	STAI-E	0,42	-1,10	0,11	-0,65	-10,03	<0,001
Hombres	BDI-II	0,27	-1,49	0,30	-0,53	-5,02	<0,001

El tamaño del efecto asociado a la variable predictora de cada uno de los modelos de regresión efectuados es adecuado, con valores del coeficiente de determinación (R²) superiores a 0,10. Por lo tanto, los análisis obtenidos en esta hipótesis nos permiten manifestar que tanto la ansiedad-estado como el estado de ánimo mantienen relación con los factores de la calidad de vida que corresponden al estado emocional y a la relación de pareja. Además, se ha evidenciado una diferencia entre las mujeres y los hombres en cuanto a los resultados de las variables predictoras del estado emocional y el bienestar en la relación de pareja.

6.5. Quinta Hipótesis

Según la quinta hipótesis, la intervención psicoeducativa para personas infértiles mejora su estado de ánimo, por lo que la evolución de las puntuaciones entre la evaluación pre y post test debe ser favorable para las personas del grupo experimental frente al control. Para ello, tal como se ha indicado en el apartado 5.6., siguiendo la recomendación de Botella y Caperos (2019), se ha realizado un ANOVA factorial mixto con la variable grupo como inter-

sujetos y la variable momento temporal como intra-sujetos. Para que el programa evaluado haya demostrado su efectividad se tienen que comprobar dos aspectos, que la interacción de ambos factores sea significativa, y que las medias hayan evolucionado en la dirección esperada, esto es, hacia la mejoría.

Los resultados de la muestra en la variable estado de ánimo evaluada por medio del BDI-II pre y post intervención se presentan en la Tabla 21. El análisis de la interacción entre ambas variables ha sido significativo, con una $p < 0,001$. El tamaño del efecto ha sido obtenido mediante Eta cuadrado parcial (η^2 parcial), mostrando un valor de 0,18 que es grande según la interpretación de Cohen (1988). De las dos condiciones exigidas por Botella y Caperos (2019) se ha comprobado ya, por tanto, la primera. Respecto a la segunda, la comprobación es sencilla porque se trata de ver si el cambio observado en las medias ha sido en la dirección esperada, es decir, hacia la mejoría de la sintomatología. Como se puede apreciar en la tabla, las medias del grupo control son muy parecidas en el pre y en el post, observándose un ligero aumento de las puntuaciones que es marginalmente significativa ($p = 0,06$), con un tamaño del efecto pequeño según la d de Cohen ($d = 0,26$). Esto indica que el grupo que no recibe la intervención tiende a empeorar, aunque sea ligeramente. El grupo experimental, en cambio, sí presenta un cambio significativo ($p < 0,001$) y con un tamaño del efecto grande ($d = 0,71$) en la dirección esperada, ya que ha habido un descenso en las puntuaciones del BDI-II de 1,51 puntos de media. Se puede afirmar en consecuencia lo que se planteaba en esta hipótesis, esto es, el programa ha ayudado a los/las participantes del grupo clínico a mejorar su estado de ánimo.

Tabla 21

ANOVA factorial mixto para contrastar el efecto del programa de intervención sobre la variable estado de ánimo medida con el BDI-II

Momento	Pre M (DT)	Post M (DT)	$R_{pre-post}$	t	gl	p	d de Cohen
Grupo Control	6,02 (5,66)	6,48 (6,18)	0,96	-1,91	53	0,06	0,26
Grupo Clínico	7,05 (6,07)	5,54 (5,20)	0,94	6,30	83	<0,001	0,71
			F	gl₁	gl₂	p	η^2
Grupo x Momento			30,67	1	136	<0,001	0,18

La siguiente gráfica muestra la evolución de las medias en ambos grupos:



Gráfica 2. Perfil de la variable estado de ánimo (BDI-II)

6.6. Sexta Hipótesis

En la sexta hipótesis se plantea que el programa de intervención psicoeducativa en personas con infertilidad disminuye sus niveles de ansiedad tanto en estado como en rasgo. Con respecto a las puntuaciones medias de las subescalas en esta muestra, encontramos que, en el inicio del estudio los niveles de ansiedad-estado del grupo clínico se encuentran en el percentil 70, y son más altos que los de la ansiedad-rasgo que se sitúan en el percentil 40. En la evaluación del final del estudio, la ansiedad-estado baja al percentil 60, y la ansiedad-rasgo al percentil 30. Para el estudio de esta variable se ha seguido el mismo procedi-

miento y análisis que en la quinta hipótesis, es decir, se ha evaluado la efectividad del programa aplicado mediante el efecto de la interacción entre las variables y la comparación de la evolución de medias entre los grupos estudiados.

Estado de ansiedad (STAI-E)

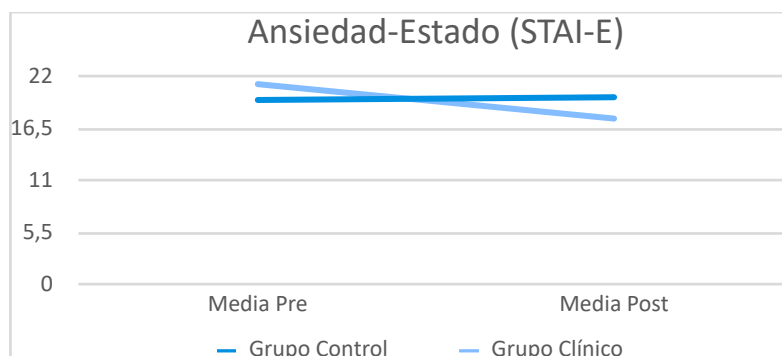
En primer lugar, en los resultados de los análisis se ha encontrado una interacción significativa entre ambas variables ($p < 0,001$) y el tamaño del efecto calculado es grande, con un valor de 0,18. En segundo lugar, al observar las medias de los grupos se observa que han evolucionado en direcciones contrarias. Como se puede apreciar en la Tabla 22, las medias del grupo control no tienen una diferencia significativa entre el pre el post, pero se observa un ligero aumento de las puntuaciones ($p = 0,365$) y el tamaño del efecto puede ser considerado como muy pequeño según la d de Cohen ($d = 0,12$). Esto indica que el grupo que no ha participado en la intervención ha tenido un ligero deterioro en su sintomatología de ansiedad-estado, aunque al no ser significativo hay que afirmar que las medias son iguales a nivel poblacional. Por otra parte, el grupo clínico presenta un cambio significativo ($p < 0,001$) y con un tamaño del efecto grande ($d = 0,73$) en la dirección deseada, las puntuaciones de la ansiedad-estado han disminuido 3,63 puntos. Por lo tanto, tomando en cuenta la potencia estadística de estos resultados se puede confirmar la hipótesis planteada, es decir, que el programa ha ayudado a mejorar el estado de ansiedad de los/as participantes del grupo clínico.

Tabla 22

Análisis estadísticos correspondientes a la variable Ansiedad-Estado medida con el STAI

Momento	Pre M (DT)	Post M (DT)	$R_{pre-post}$	t	gl	p	d de Cohen
Grupo Control	19,54 (7,96)	19,83 (8,54)	0,96	-0,91	53	0,365	0,12
Grupo Clínico	21,21 (10,52)	17,58 (9,22)	0,88	6,74	83	<0,001	0,73
			F	gl₁	gl₂	p	η^2
Grupo x Momento			29,66	1	136	<0,001	0,18

La Gráfica 3 ilustra estos resultados.



Gráfica 3: Perfil del Estado de ansiedad (STAI-E)

Rasgo de ansiedad (STAI-R)

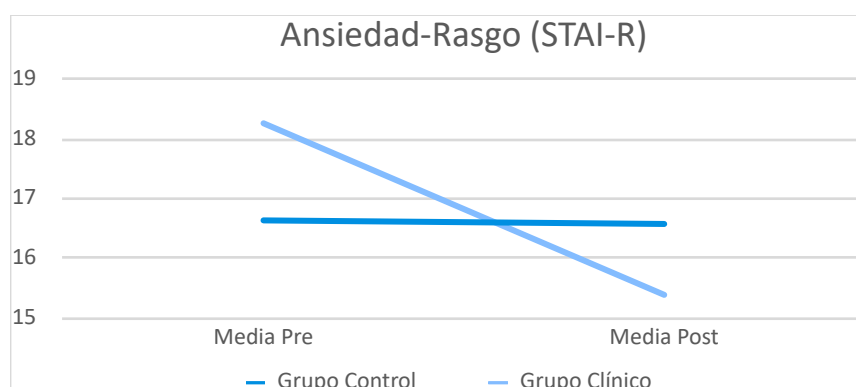
En referencia al estudio de la variable ansiedad-rasgo (STAI-R) los resultados de la muestra se encuentran en la Tabla 23 donde se advierte una interacción significativa entre ambas variables ($p < 0,001$), con un tamaño del efecto grande ($\eta^2 = 0,15$) lo que indica que la evolución de las puntuaciones de ambos grupos ha sido distinta. El grupo control presenta un ligero deterioro en sus puntuaciones, la diferencia de los valores pre-post es muy pequeña y, por tanto, no alcanza la significación estadística ($p = 0,87$). Además, el tamaño del efecto es casi nulo ($d = 0,02$). En el grupo clínico, por el contrario, aparece una disminución notable en la media de ansiedad-rasgo de casi 3 puntos. Aunque hay que resaltar que no eran puntuaciones especialmente altas. El tamaño del efecto que se puede atribuir al tratamiento es grande ($d = 0,78$). Indicando que la intervención psicoeducativa breve ha tenido un impacto en las puntuaciones en la subescala ansiedad-rasgo de este grupo.

Tabla 23

Análisis estadísticos correspondientes a la variable Ansiedad-Rasgo medida con el STAI

Momento	Pre M (DT)	Post M (DT)	$R_{pre-post}$	t	gl	p	d de Cohen
Grupo Control	16,63 (8,80)	16,57 (8,89)	0,96	0,17	53	0,87	0,02
Grupo Clínico	18,26 (10,07)	15,38 (9,29)	0,93	6,96	83	<0,001	0,78
			F	gl₁	gl₂	p	η^2
Grupo x Momento			23,55	1	136	<0,001	0,15

Se observa en la Gráfica 4, el resultado del análisis del efecto de la intervención en cada grupo.



Gráfica 4: Perfil del Rasgo de ansiedad (STAI-R)

En el análisis de esta hipótesis, se han observado diferencias significativas en las subescalas estado-rasgo de ansiedad, las puntuaciones pre-post del grupo clínico presentan una mejoría evidente, destacándose la disminución de la puntuación de ansiedad-estado. Estos datos permiten ser optimistas respecto a la eficacia del programa psicoeducativo breve en cuanto a la mejoría del estado y el rasgo de ansiedad de los/as pacientes durante un ciclo de FIV/ICSI.

6.7. Séptima Hipótesis

La séptima hipótesis establece que la aplicación del programa psicoeducativo diseñado para los/as pacientes con infertilidad en el grupo clínico mejora su calidad de vida. Para estudiar a fondo los datos de calidad de vida asociada a la infertilidad no sólo se va a analizar la puntuación global en el FertiQoL, sino también cada una de las cuatro subescalas que lo componen.

FertiQoL Núcleo

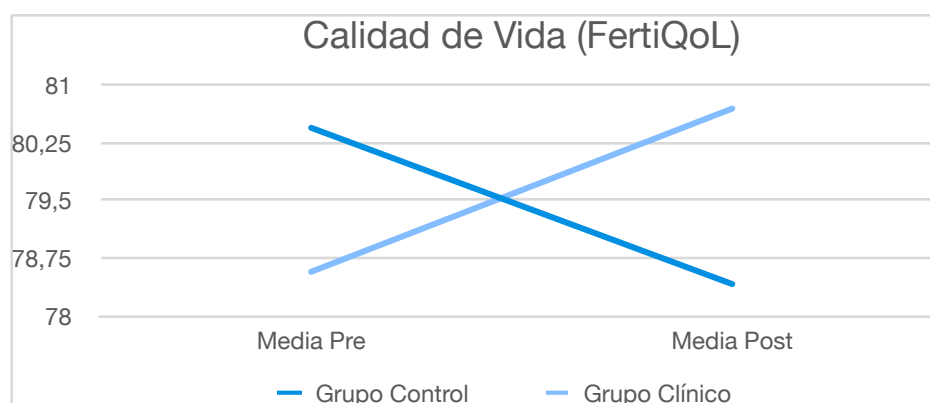
El cálculo del ANOVA factorial mixto muestra que la interacción entre ambas variables es significativa ($p < 0,001$) con un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = 0,28$) que indica una evolución diferente en las puntuaciones de ambos grupos. Los datos del grupo control indican un descenso significativo ($p < 0,001$) en las puntuaciones de calidad de vida. Por el contrario, la puntuación media del grupo clínico ha mejorado al participar en el programa de intervención psicoeducativa breve en casi 4 puntos y es significativa ($p < 0,001$). El tamaño de efecto en ambos grupos es grande; sin embargo, en el grupo control la evolución ha sido desfavorable ($d = 0,56$). Los datos del tamaño de efecto en el grupo clínico ($d = 0,76$), por otra parte, señalan que las percepciones de la calidad de vida de los/as participantes del programa de intervención breve han mejorado considerablemente y que este programa sirve de apoyo durante el procedimiento de FIV/ICSI. Estos resultados se encuentran detallados en la Tabla 24.

Tabla 24

Análisis estadísticos correspondientes a la variable Calidad de Vida medida con el FertiQoL

Momento	Pre M (DT)	Post M (DT)	R _{pre-post}	t	gl	p	d de Cohen
Grupo Control	78,20 (13,44)	76,69 (13,23)	0,98	4,59	53	<0,001	0,56
Grupo Clínico	76,62 (12,58)	80,40 (10,94)	0,92	-6,90	83	<0,001	0,76
			F	gl₁	gl₂	p	η²
Grupo x Momento			52,20	1	136	<0,001	0,28

Este análisis se encuentra ilustrado a continuación en la Gráfica 5.



Gráfica 5: Perfil de la calidad de vida (FertiQoL Núcleo)

Subescala Mente y Cuerpo

Como se observa en la Tabla 25, el análisis de la interacción entre las variables ha demostrado que existen diferencias significativas ($p < 0,001$), además el valor de eta cuadrado parcial demuestra un tamaño de efecto de la interacción grande ($\eta^2 = 0,11$). En referencia al grupo control, las puntuaciones medias en la evaluación inicial y final no presentan una diferencia significativa ($p = 0,631$), sin embargo, se advierte una disminución con respecto a la puntuación inicial. Lo cual pone de manifiesto que los participantes del grupo control no han mejorado en referencia a sus percepciones acerca de su salud física y mental. Por otra parte, en los resultados del grupo clínico encontramos diferencias significativas entre sus puntua-

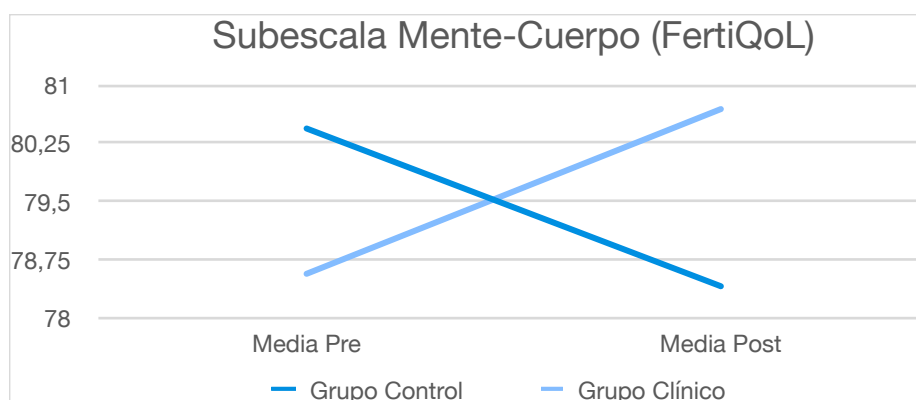
ciones medias pre-post ($p < 0,001$), en la evaluación post se observa un aumento que indica que al final del estudio la percepción de éstos/as pacientes acerca de su estado mental y físico ha mejorado de manera relevante, tal como indica el tamaño del efecto de la intervención ($d = 0,60$) que según Cohen (1988) sería moderado-grande.

Tabla 25

Análisis estadísticos correspondientes a la subescala Mente-Cuerpo del FertiQoL

Momento	Pre M (DT)	Post M (DT)	$R_{pre-post}$	t	gl	p	d de Cohen
Grupo Control	73,06 (18,80)	72,67 (17,38)	0,95	0,48	53	0,631	0,07
Grupo Clínico	73,99 (18,19)	79,41 (15,05)	0,87	-5,45	82	<0,001	0,60
			F	gl₁	gl₂	p	η^2
Grupo x Momento			17,34	1	135	<0,001	0,11

Los resultados se encuentran representados en la Gráfica 6.



Gráfica 6: Perfil de la subescala Mente y Cuerpo (FertiQoL)

Subescala Emocional

Los resultados de los análisis de la muestra en esta subescala se presentan en la Tabla 26. El análisis de la interacción entre los factores presenta un valor significativo ($p < 0,005$) y

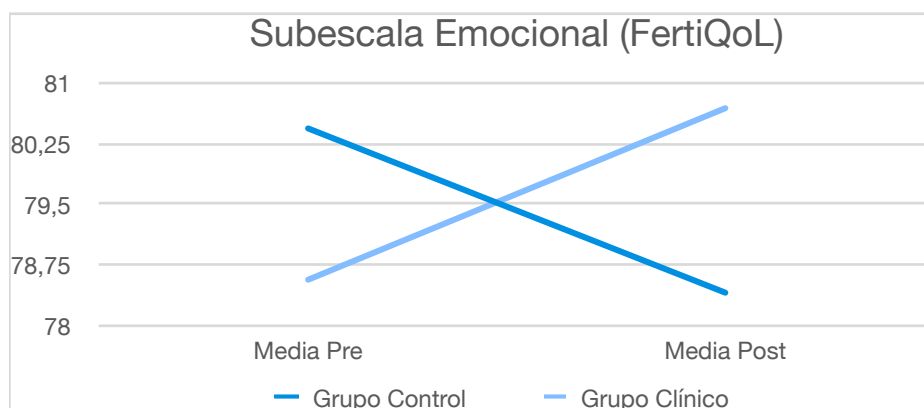
el tamaño del efecto es moderado ($\eta^2=0,07$). Como se puede observar en la tabla, la variación entre las puntuaciones medias del grupo control en el pre-post no es estadísticamente significativa ($p=0,301$) e indica que en los/as pacientes de este grupo no han cambiado la percepción de su estado emocional durante el ciclo de FIV/ICSI. Asimismo, el tamaño de efecto de la intervención se considera pequeño ($d=0,14$). Con referencia al grupo clínico, han aparecido diferencias significativas entre sus evaluaciones pre-post ($p<0,001$). Aunque el tamaño de efecto se considera moderado ($d=0,39$), en la evaluación post se aprecia un aumento en sus puntuaciones medias en comparación a la pre-intervención, lo cual sugiere que la percepción del estado emocional de los/as pacientes del grupo clínico ha mejorado después de haber participado en el programa psicoeducativo breve.

Tabla 26

Análisis estadísticos correspondientes a la subescala Emocional del FertiQoL

Momento	Pre	Post	$R_{pre-post}$	t	gl	p	d de Cohen
	M (DT)	M (DT)					
Grupo Control	76,89 (17,44)	76,06 (16,03)	0,94	1,04	53	0,301	0,14
Grupo Clínico	77,20 (17,03)	80,19 (15,18)	0,89	-3,45	82	<0,001	0,39
			F	gl₁	gl₂	p	η^2
Grupo x Momento			9,32	1	135	<0,005	0,07

Este análisis se presenta en la Gráfica 7.



Gráfica 7: Perfil de la subescala Emocional (FertiQoL)

Subescala Relacional

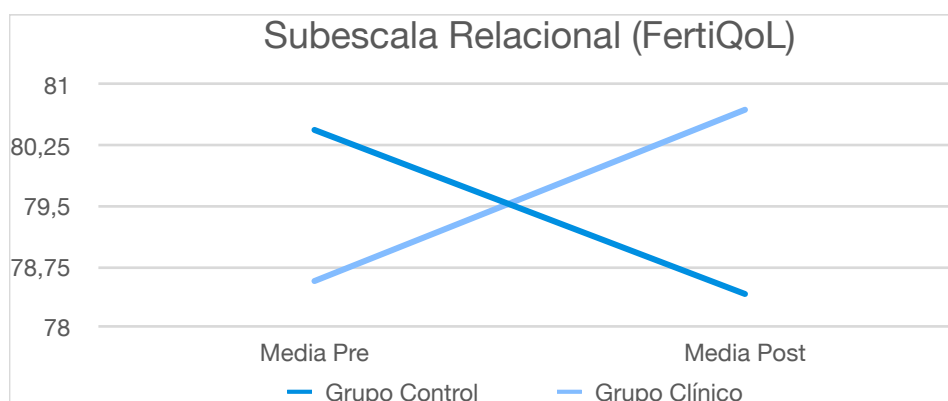
Los resultados del ANOVA factorial mixto en esta subescala muestran una interacción significativa entre ambas variables ($p < 0,001$). Del mismo modo, el valor de eta cuadrado parcial (0,11) indica un tamaño de efecto grande, demostrando una evolución diferente en las puntuaciones de ambos grupos. El contraste de medias pre-post intervención tanto del grupo control como del grupo clínico es significativo; sin embargo, las puntuaciones medias del grupo control han disminuido; mientras que las del grupo clínico han aumentado. Lo cual indica que los/as pacientes de este grupo han tenido una mejor evolución en sus percepciones acerca de sus relaciones maritales después del programa de intervención breve en el que participaron. Por otra parte, la disminución significativa de las puntuaciones medias del grupo control puede indicar que al atravesar por un ciclo de tratamiento de FIV/ICSI es probable un deterioro la relación de pareja a lo largo del tiempo. Los resultados de los análisis se encuentran en la tabla 27.

Tabla 27

Análisis estadísticos correspondientes a la subescala Relacional del FertiQoL

Momento	Pre M (DT)	Post M (DT)	$R_{pre-post}$	t	gl	p	d de Cohen
Grupo Control	82,59 (16,12)	80,06 (16,90)	0,86	2,16	53	0,035	0,29
Grupo Clínico	78,36 (15,66)	81,33 (12,28)	0,90	-3,66	77	<0,001	0,42
			F	gl ₁	gl ₂	p	η^2
Grupo x Momento			15,96	1	130	<0,001	0,11

Se puede observar en la Gráfica 8 que las puntuaciones del grupo control en la subescala Relacional han descendido en comparación a las del grupo clínico que han aumentado considerablemente.



Gráfica 8: Perfil de la subescala Relacional (FertiQoL)

Subescala Social

Los análisis de la subescala Social (FertiQoL) se encuentran en la Tabla 28, donde se aprecia una interacción significativa entre las variables estudiadas ($p < 0,001$) y un tamaño efecto grande ($\eta^2 = 0,10$). La diferencia entre las puntuaciones medias pre-post intervención del grupo control es significativa ($p = 0,009$) y se distingue una disminución en su valor al final del estudio, del mismo modo, el valor de la d de Cohen (0,36) manifiesta un tamaño de efec-

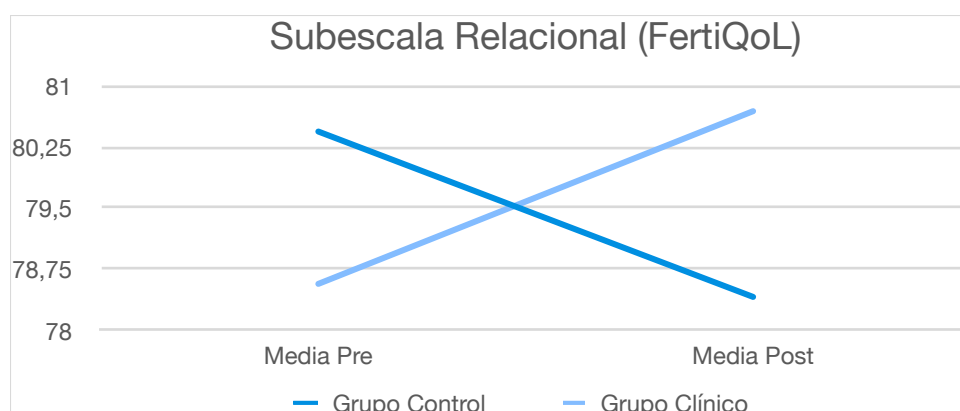
to grande. Mientras tanto, las puntuaciones del grupo clínico han aumentado significativamente ($p=0,005$) en la evaluación post-intervención, asimismo, el tamaño de efecto de la intervención es grande ($d=0,32$). Esto demuestra que, aunque el grupo clínico haya iniciado con una puntuación más baja que la del grupo control en esta subescala, después de participar en el programa de intervención psicoeducativa breve, la percepción sobre sus relaciones sociales ha mejorado; a la vez que las del grupo control disminuyen.

Tabla 28

Análisis estadísticos correspondientes a la subescala Social del FertiQoL

Momento	Pre M (DT)	Post M (DT)	$R_{pre-post}$	t	gl	p	d de Cohen
Grupo Control	80,44 (14,58)	78,41 (15,10)	0,93	2,72	53	0,009	0,36
Grupo Clínico	78,57 (16,18)	80,69 (14,76)	0,91	-2,90	82	0,005	0,32
			F	gl₁	gl₂	p	η^2
Grupo x Momento			14,59	1	135	<0,001	0,10

Este análisis se encuentra ilustrado a continuación en la Gráfica 9.



Gráfica 9: Perfil de la subescala Social (FertiQoL)

En el estudio de esta hipótesis también se han apreciado diferencias significativas en las puntuaciones de todas las subescalas que evalúan la calidad de vida. Dados estos resulta-

dos se acepta la hipótesis, el grupo que participó en las tres sesiones de intervención psicoeducativa breve presenta una mejoría evidente en la calidad de vida.

7. DISCUSIÓN

En primer lugar, teniendo en cuenta el marco teórico de esta investigación, se puede afirmar que la literatura sobre el estado emocional de las personas que atraviesan un TRA, indica que éste varía dependiendo de varios factores, por ejemplo: el género de los/as pacientes, el tiempo de infertilidad, y el número y el tipo de tratamientos llevados a cabo (Antequera et al. 2008; Boivin et al. 1999; Domar 2018; Eugster y Vingerhoets. 1999; Grissom y Bhatnagar 2009; Muñoz et al. 2009; Musa et al. 2014; Pasch et al. 2016; Pérez y Barraca, 2014). Con el fin de profundizar en el estudio del perfil de los/as pacientes se ha analizado su estado emocional y la posible relación con algunas de las variables mencionadas. A continuación, se expone la discusión de los objetivos e hipótesis planteados.

El primer objetivo específico de esta investigación propone evaluar el estado emocional y la calidad de vida de los/as pacientes al iniciar un ciclo de FIV/ICSI, estudiando la posible existencia de diferencias de género. En el análisis de este objetivo también se ha hecho una comparación con las medias de referencia de los test utilizados para la evaluación, con excepción del test FertiQoL.

Para empezar, es importante mencionar que varios autores, entre ellos, Antequera et al. (2008) y Moreno-Rosset (2009) han señalado que las personas afectas de infertilidad no se consideran una población clínica en cuanto a la presencia de trastornos psicológicos. Antequera et al. (2008) por su parte, ha propuesto utilizar el término Desajuste Emocional para referirse a la sintomatología típica de los/as pacientes con esta condición durante sus tratamientos. Además, considera que el estado emocional de ambos miembros de la pareja no es estático, sino que se modifica a medida que la persona va atravesando los procedimientos de RA. Sin embargo, varios estudios (El Kissi et al., 2014 y Wichman et al., 2011) han revelado que la experiencia de infertilidad es considerada como el suceso más desagradable de la vida de muchos/as pacientes, quienes reconocen que el proceso es más agotador a nivel psicológico que físico. Esto también se ha observado durante las sesiones de intervención de este estudio, ya que los/las participantes coinciden con estas afirmaciones, y ex-

presan que los sentimientos de culpa, vacío y castigo junto con los síntomas de ansiedad, son la parte más difícil de la experiencia.

En los resultados de este estudio se han encontrado niveles muy bajos de sintomatología depresiva en la muestra, lo que indica que en el momento de empezar el tratamiento, el estado de ánimo de las mujeres y sus parejas no se encontraba afectado; de hecho, el estado de ánimo de los hombres se encontraba por encima de la media según la referencia establecida por Sanz et al. (2014). Por una parte, Beaurepaire et al. (1994) han señalado que los niveles bajos de sintomatología depresiva en pacientes que inician un ciclo de FIV se deben a las altas expectativas acerca de los tratamientos, las cuales ayudan a mitigar temporalmente los sentimientos de pérdida. Eugster y Vingerhoets (1999) también han indicado que las expectativas de los/as pacientes al inicio del proceso son poco realistas. Esto también se ha advertido durante el proceso de intervención psicológica breve dentro de este estudio, donde la mayoría de participantes que iniciaban su primer ciclo de FIV/ICSI, eran muy optimistas acerca de los resultados del tratamiento y manifestaban no conocer las tasas de éxito, aunque durante las visitas médicas los/las especialistas les proporcionan esta información. De hecho, al tener esta información les surgían nuevas dudas e inquietudes, que se abordaron en la primera sesión.

Pese a esto, Ying et al. (2015) afirman que las personas con infertilidad son propensas a sufrir síntomas de depresión dada la presión que experimentan por su diagnóstico, a lo que se le suma el demandante procedimiento médico de las técnicas a las que se someten. También sostiene que después de la remisión de un estado de ánimo bajo, algunos sub-síntomas pueden persistir, por ejemplo, el insomnio y la falta de concentración. Esta afirmación ha sido reflejada en la muestra estudiada en esta investigación, donde se ha advertido que los ítems marcados con más frecuencia en el BDI-II fueron los de “Cambios en los hábitos de sueño” y “Dificultad de concentración”, aunque los niveles globales hayan sido considerablemente bajos. Entre otros hallazgos, Ying et al. (2015) manifiesta que los síntomas de depresión son más frecuentes en las mujeres, quienes son más propensas que sus parejas a experimentarlos, ya que en su estudio la media de las puntuaciones en el BDI-II de las mujeres fue más alta que la de los hombres. Del mismo modo, esto se ha evidenciado en los

resultados del presente estudio, donde a pesar de que las puntuaciones de las mujeres reflejan que su estado de ánimo no se encuentra afectado, es más bajo que el estado emocional de los hombres, que se encuentra por encima de la media de referencia (Sanz et al. 2014). Probablemente las mujeres, al ser las participantes activas en los procedimientos de los TRA, al ser consultadas suelen reportar más sintomatología depresiva que sus parejas.

Al estudiar la ansiedad tanto en estado como en rasgo se han encontrado resultados similares a los estudios de Eugster y Vingerhoets (1999), Kessler et al. (2008), Pasch et al. (2016), Peterson, Newton y Feingold (2007) y Ying et al. (2015), quienes manifiestan que existe el doble de prevalencia de sintomatología ansiosa en mujeres que en hombres. En el estudio de Peterson, Newton y Feingold (2007) el 24% de las mujeres de la muestra presentaba sintomatología moderada de ansiedad, en comparación a un 7% de los hombres. Los autores ponen énfasis en que la mayoría de los/as pacientes tenía niveles de ansiedad clínicamente normales y recomiendan el prestar atención a las personas con niveles altos que se pueden beneficiar de apoyo psicológico. Los resultados de este estudio, están en esta línea y se comentan a continuación.

Acorde con la revisión de Eugster y Vingerhoets (1999), donde se expone que las mujeres puntúan significativamente más alto en estado-rasgo de ansiedad que sus parejas, nuestros resultados se asemejan y muestran que las mujeres se sitúan en el percentil 70 del baremo de ansiedad-estado y en el percentil 45 de ansiedad-rasgo. Sin embargo, los hombres se encuentran en el percentil 50 de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Ello indica un nivel más alto de sintomatología ansiosa en las mujeres, especialmente en la ansiedad-estado. Asimismo, en este estudio las diferencias de género se han observado en el análisis de los resultados en los niveles de ansiedad estado-rasgo, al igual que en investigaciones de Anderson et al. (2003), Antequera et al. (2008), Beaurepaire et al. (1994), Boivin et al. (1999), Musa et al. (2014), y Pérez y Barraca, (2014), donde el nivel de sintomatología ansiosa es mayor en las mujeres que en los hombres. El estudio de Anderson et al. (2003) afirma que la diferencia de género en la presencia de sintomatología ansiosa puede permanecer incluso hasta seis meses después de la culminación de sus tratamientos. Además, en su investigación, la prevalencia de desórdenes psicológicos era baja; sin embargo, ex-

istía una minoría de la muestra (generalmente mujeres) con niveles clínicamente significativos de estrés emocional.

Se debe resaltar que las puntuaciones de la escala ansiedad-rasgo indican que estas mujeres no tienen una propensión a experimentar ansiedad, esto apunta a que el inicio de un ciclo de FIV/ICSI aumenta sus niveles de ansiedad-estado. Durante la primera sesión de información los/as pacientes han referido estar “muy nerviosos acerca del tratamiento”. En la segunda sesión, han reconocido experimentar síntomas tanto físicos como psicológicos de ansiedad y depresión, entre estos: tristeza, irritabilidad, falta de interés, preocupación e incertidumbre acerca de los procedimientos, miedo al fracaso, sentimientos de falta de control sobre sus vidas, inseguridad en ellos mismos y disminución del deseo sexual. Mirasol (2015) ha descrito respuestas semejantes de pacientes durante sus TRA. En su estudio, los/as facultativos/as también han constatado la prevalencia de estos síntomas en los/as usuarios/as, confirmando que su estado emocional se encuentra afectado dada la presión a la que están expuestos durante el diagnóstico, las listas de espera, el procedimiento en sí y el fallo de ciclos de tratamiento.

Similares afirmaciones han sido expuestas por autores como Bensorp (2016), Boivin y Takefman (1996) y Moreno-Rosset (2010) quienes declaran que a lo largo de los procesos de RA se pueden encontrar picos de estrés emocional, siendo estos momentos la aspiración de ovocitos, la transferencia de embriones, y la espera de los resultados del test de embarazo. Eugster y Vingerhoets (1999) además mencionan que los/as pacientes consideran las fases donde no hay contacto médico como las más estresantes de los tratamientos; con respecto a esta aseveración se han encontrado testimonios similares de los pacientes en el estudio de Mirasol (2015) y de los pacientes en el presente estudio, quienes comentan que “estar en tratamiento les hace sentir optimistas”, o que el hecho de “contar con un buen equipo médico les ayuda a estar más tranquilos”.

En referencia a los síntomas físicos de la ansiedad descritos por varios autores (El Kissi et al. 2014; Hermann 2017; Martin 2003) se han encontrado similitudes con los síntomas físicos expresados por los/as participantes del presente estudio, tanto en los test de evalua-

ción psicológica, como durante las sesiones de intervención. El cansancio, la falta de energía, la tensión muscular, dificultad para respirar, y el dolor de estómago, entre otros, son las manifestaciones físicas más comunes de ansiedad a lo largo del ciclo de FIV/ICSI.

En el estudio de la calidad de vida, Haica (2003) ha señalado que la infertilidad está asociada al estrés emocional de los/as pacientes, el mismo que se relaciona con un nivel bajo de calidad de vida y una baja auto-aceptación. Entre sus resultados se han encontrado diferencias de género: las puntuaciones de los hombres en todas las escalas del FertiQoL son más altas que las de las mujeres, indicando que las mujeres se encuentran en riesgo de experimentar una disminución en su calidad de vida durante el diagnóstico y transcurso de los TRA. Huppelschoten et al. (2013) coinciden con estos hallazgos y adicionalmente indican que las mujeres son vulnerables a una cantidad mayor de fuentes de estrés psicológico que sus parejas. Los resultados encontrados en esta investigación se encuentran en línea con los de estos autores, en las mujeres de la muestra se ha observado una calidad de vida disminuida en comparación con los hombres. Además, las mujeres han puntuado más bajo en los ítems de percepción de calidad de vida y salud del test FertiQoL, demostrando una insatisfacción con estos aspectos de su vida. Es de esperar que al atravesar por diversos estresores tanto sociales como físicos y psicológicos, la satisfacción con su calidad de vida y su salud esté disminuida. Resultados similares han sido expuestos por Kahyaouglu y Balkani (2014), quienes manifiestan que el impacto negativo de la infertilidad afecta principalmente al estado emocional y la calidad de vida de la mujer. Estos autores han señalado que el estrés emocional puede llegar a potenciar los efectos negativos de la infertilidad, afectando directamente a su calidad de vida. Durante las sesiones de intervención las mujeres han expresado estar de acuerdo con estas afirmaciones y añaden tener un sentimiento de disgusto al observar la reacción de sus parejas ante la situación por la que atraviesan, de hecho, una de las aseveraciones que más se repitieron fue: “me gustaría que él estuviera en mi lugar para que supiera cómo me siento”, dejando entrever la disparidad de la reacción ante la frustración debida al diagnóstico y a los tratamientos. Sin embargo, cuando los hombres responden a estos testimonios, exponen una preocupación por el estado emocional de sus parejas, advierten que ellas afrontan directamente las consecuencias negativas de los tratamientos y admiten que el apoyo emocional es necesario e importante.

En los hallazgos de El Kissi et al. (2014) tanto hombres como mujeres expresaron que el proceso de las TRA era agotador, sin existir una diferencia significativa entre las mujeres y sus parejas. En su estudio se ha evidenciado el malestar de las parejas ante las experiencias negativas que han surgido desde su diagnóstico de infertilidad. En este estudio la comparación con el grupo control (parejas que habían sido padres recientemente) y de las mujeres con infertilidad mostró que estas últimas puntuaban más bajo en dimensiones de salud, tenían menos energía, su funcionamiento social y salud mental se encontraban afectados. Del mismo modo, se reflejó la diferencia en el desgaste de la calidad de vida entre las parejas afectas de infertilidad y parejas que recientemente habían sido padres de manera espontánea. Las personas que participaron en nuestro estudio corroboraron estos hallazgos, muchos manifestaron experimentar sentimientos de envidia y rechazo, el compararse constantemente y sentirse menos válidos que otras personas de su entorno que habían logrado concebir o habían sido padres recientemente. Adicionalmente, han valorado su salud como “Buena” en una escala de “Ni buena ni mala, buena, Muy buena” en el test FertiQoL, manifestando no estar satisfechos con el funcionamiento de su cuerpo.

En conclusión, el perfil encontrado en los/as participantes de este estudio coincide con el de investigaciones previas. En términos generales, la muestra se encuentra psicológicamente adaptada. Sin embargo, las mujeres que van a iniciar un tratamiento de fertilidad presentan niveles moderados de ansiedad-estado, niveles normales de ansiedad-rasgo, su estado de ánimo no es bajo y su calidad de vida se encuentra disminuida. Los hombres, por otra parte, no presentan alteración emocional en términos de estado de ánimo; su nivel de ansiedad-estado es normal y sus puntuaciones de ansiedad-rasgo se sitúan por debajo de la media poblacional, adicionalmente, su calidad de vida no se encuentra afectada. Estos hallazgos indican que el hecho de que las mujeres reporten mayor ansiedad que sus parejas, refleja que el impacto percibido del tratamiento y su implicación tanto física como emocional es mayor en ellas. Desde un punto de vista sociocultural, autoras como Muñoz et al., (2009) y Pérez y Barraca (2014) manifiestan que las mujeres consideran más importante el deseo de ser madres; mientras los hombres, relacionan a la reproducción con aspectos de virilidad y el cumplir con su rol masculino dentro de la relación. En las sesiones que involucran temas sobre el aspecto social y personal, los/as participantes han declarado estar de acuerdo con

estas afirmaciones, indicando además que la presión a la que se han visto expuestos en cierto punto de su diagnóstico de infertilidad les ha causado sentimientos de inferioridad y una tendencia a compararse con personas de su edad y género. Por último, en este análisis no se ha tomado en cuenta el diagnóstico de los/las participantes, por lo que no se pueden señalar diferencias de género en base a la afección directa de la condición médica que dificulta la concepción y gestación.

En el segundo objetivo específico, se ha planteado analizar la relación entre el estado de ánimo, la sintomatología ansiosa y la calidad de vida con variables relacionadas con la infertilidad, en este caso el tiempo y la cantidad de tratamientos a los que se han sometido las mujeres y los hombres. Se ha presupuesto que los/as pacientes que tienen más tiempo de infertilidad y se han sometido a más tratamientos para concebir tendrán un estado emocional más deteriorado que los/las que tienen un menor tiempo de evolución y, por tanto, menor cantidad de procedimientos médicos.

Para empezar, Beaufrais et al. (1994) señalan que tanto las mujeres como los hombres experimentan síntomas de ansiedad durante los ciclos de FIV/ICSI, sin importar si se trata de su primer ciclo o de ciclos repetidos. También consideran que la ansiedad-estado puede ser considerada como un efecto agudo de los procedimientos médicos, mientras que la ansiedad-rasgo estaría reflejando un estado crónico de ansiedad consecuencia de la experiencia de infertilidad o de procedimientos fallidos previos. Estos hallazgos se asemejan a los del presente estudio, donde alrededor del 73% de pacientes estaban iniciando su primer ciclo de FIV/ICSI. Aunque la mayoría de los/as participantes eran relativamente noveles en la experiencia, la sintomatología ansiosa estaba presente en las mujeres de la muestra: su nivel de ansiedad-estado estaba elevado.

En las investigaciones de Anderson et al. (2003), Edelmann et al. (1994), Domar (2018), Milazzo et al. (2016) y Wichman et al. (2011) se encontró un ajuste psicológico normal en los/as participantes estudiados, sus medias en los test de sintomatología depresiva y ansiosa eran normales e incluso bajas. Los autores atribuyen estos hallazgos a factores como el tiempo de duración de la infertilidad e intensidad de los tratamientos. Explican que a mayor

tiempo de evolución de la infertilidad, mayor desarrollo de estrategias de afrontamiento ante el malestar causado por su situación. En la misma línea, los resultados de esta investigación indican niveles de sintomatología depresiva mínimos y puntuaciones elevadas de ansiedad-estado en las mujeres teniendo en cuenta el baremo. Además, el análisis de las puntuaciones de los hombres señala la existencia de una correlación negativa entre el tiempo de infertilidad y su estado de ansiedad: a mayor tiempo de infertilidad, sus puntuaciones de ansiedad-estado son menores.

En el análisis estadístico de esta hipótesis se ha encontrado que los años de duración de la infertilidad no tienen una correlación significativa con el estado emocional de las mujeres y los hombres estudiados/as en esta investigación, es decir, el tiempo de infertilidad no es un factor que altere su estado emocional. Adicionalmente, la media de años de duración de la infertilidad en este estudio es de 4,74 años (DT=2,38), similar a la media presentada por Mascarehnas et al. (2015) en un análisis sistemático de la prevalencia de infertilidad a nivel regional y global, que es de 5 años. Durante la intervención, se ha podido evidenciar la concordancia entre los hallazgos citados y los resultados de esta investigación: los/as pacientes que tenían mayor tiempo de infertilidad manifestaban menor malestar emocional.

Por otra parte, los hallazgos de la presente investigación no se asemejan a los de Ramezanzadeh et al. (2004) quienes sí encontraron relaciones significativas entre el estado emocional y la duración de la infertilidad. Sin embargo, sostienen que los síntomas de ansiedad y depresión son más comunes después de cuatro a seis años de infertilidad. En la misma línea, Hashemieh et al. (2013) han afirmado que, con los años de infertilidad, las parejas experimentan frustración, llegando a tener altos niveles de ansiedad y depresión. Además, comentan que, a lo largo del procedimiento, las personas experimentan una sensación de urgencia y una preocupación aguda acerca del paso del tiempo. Una de las razones por las que se presume no existe coincidencia entre estos estudios es la diferencia entre las medias de años de infertilidad: en el estudio de Hashemieh et al. (2013) la media de duración de infertilidad es de 7,3 años, y en Ramezanzadeh et al. (2004) de 6,36 años, cifras considerablemente más altas que la media de duración de infertilidad en este estudio.

Considerando la variable número de tratamientos a los que se han sometido los/as pacientes, la mayoría iniciaban su primer ciclo de FIV/ICSI. Los resultados del análisis de correlaciones no mostraron significación estadística entre la cantidad de tratamientos y un aumento de sintomatología depresiva y ansiosa y una menor calidad de vida. Las personas que han atravesado por una mayor cantidad de ciclos de TRA no presentan un estado emocional más deteriorado. No obstante, las afirmaciones acerca del malestar causado por un ciclo fallido se deben tomar en consideración. Boivin y Takefman (1996) indican que dos de cada 10 mujeres experimentan niveles significativamente bajos de estado de ánimo cuando el ciclo de tratamiento no tiene éxito. Del mismo modo, Hashemieh et al. (2013), Peterson et al. (2012) y Ying et al. (2015) exponen que entre los factores de riesgo que sugieren mayor propensión al padecimiento de síntomas de estrés emocional se encuentra el fallo de los ciclos de tratamiento.

Eugster y Vingerhoets (1999) también señalaron que después del fallo de un ciclo de FIV los/as pacientes experimentan tensión severa, frustración, ira, tristeza, sentimientos de pérdida, impotencia y culpa. Estos síntomas son más pronunciados en las mujeres que en los hombres. Por esta razón Guerra y Tirado (2007) recomiendan que desde la clínica se debería atender especialmente a estas personas y guiarlas en su proceso de resolución de duelo. En el caso de los/as participantes en esta muestra, encontramos que las personas que han atravesado por un fallo de un ciclo de FIV/ICSI consideran que ha sido un evento traumático del que no se han recuperado por completo. Sostienen que el miedo a volver a pasar por esa experiencia está presente en todo momento y se ven desbordados al no saber cómo manejarla.

En un estudio de Bensorp et al. (2016) realizado en los Países Bajos, se compararon las tasas de abandono entre pacientes de FIV y de IA. Las tasas de renuncia de los pacientes de FIV eran casi el doble de las renunciaciones de los pacientes de IA. Estas tasas eran más altas después del fallo del primer ciclo. De igual modo, varios/as pacientes que participaron en el presente estudio expresaron que su agotamiento físico y emocional les hacía plantearse el abandonar los ciclos de tratamiento disponibles en la sanidad pública. Revelaron que en el caso de volver a tener un ciclo fallido se tomarían un descanso largo para “desconectar

del tema infertilidad” y volver a intentarlo en el caso de encontrarse con más fuerza y energía. Probablemente, a medida que transcurre el tiempo desde el fallo en la TRA, los sentimientos negativos van atenuándose.

En el análisis de los datos también se han encontrado correlaciones significativas entre las puntuaciones de la sintomatología depresiva y ansiosa y una correlación negativa significativa con la calidad de vida. Cuanto más alta es la puntuación de la ansiedad-estado, se encuentra mayor puntuación en el estado de ánimo bajo, en la ansiedad-rasgo, y menor puntuación en la calidad de vida. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Aarts et al. (2011), Chen et al. (2004) y Musa et al. (2014) quienes han revelado que la depresión y la ansiedad son altamente comórbidas. Chen et al. (2004) han expuesto que la frecuencia de sufrir un trastorno depresivo es del 26% y la frecuencia de sufrir uno ansioso es de 28%. Además, el 15% de los/as pacientes en su estudio presentaban sintomatología de ambos desórdenes. Investigaciones similares de Ramírez, Castillo y Moreno (2015) han demostrado que la ansiedad-rasgo y el estado de ánimo son predictores de la calidad de vida en enfermedades crónicas. Asimismo, la sintomatología depresiva y el estado de ansiedad son predictores de DE en la fase temprana de diagnóstico y tratamiento de infertilidad. Además, Williams y Nieuwsma (2018) indican que los trastornos depresivos no tratados están asociados con baja calidad de vida y bajos resultados fisiológicos en comorbilidad con otras enfermedades crónicas.

Con respecto al estudio de la influencia del estado emocional en la calidad de vida en hombres y mujeres, Aarts et al. (2011) han encontrado una correlación negativa entre la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y la calidad de vida de mujeres que se encontraban en TRA. Por otro lado, existe evidencia de que los efectos del estrés emocional en la calidad de vida tienden a ser sustancialmente mayores en mujeres que en hombres (Guerra Tirado, 2007). Dentro del estudio de esta hipótesis se han encontrado resultados similares, las mujeres también presentan correlaciones significativas entre presentar sintomatología ansiosa y depresiva y una calidad de vida desmejorada. Un hallazgo importante es que los hombres que participaron en nuestro estudio mostraron menor estado de ansiedad a medida que su tiempo de infertilidad era más prolongado, lo que que podría explicarse por el

desarrollo de un mecanismo de adaptación.

En resumen, en el estudio de esta hipótesis se han encontrado resultados concordantes con la literatura revisada. En primer lugar, se ha demostrado que el tiempo de duración de la infertilidad no juega un rol importante en el deterioro del estado emocional de los/as pacientes observados/as. Las principales razones son que con el paso de los años las personas desarrollan mecanismos de afrontamiento para superar los sentimientos negativos que implica un diagnóstico de infertilidad. En segundo lugar, se ha encontrado que la cantidad de tratamientos realizados no es una variable significativa en el deterioro del estado emocional. Aunque los/as pacientes que han experimentado ciclos de tratamiento fallidos consideran que este evento tiene una carga psicológicamente intensa, que puede ser revivida durante un nuevo tratamiento. Por último, los hallazgos han revelado que existe una relación positiva entre la sintomatología depresiva y ansiosa; y a su vez, una correlación negativa con la calidad de vida.

En el tercer objetivo específico se ha estudiado si el estado emocional está relacionado con la edad de las mujeres; es decir, analizar si el estado emocional de las pacientes de mayor edad se encuentra más deteriorado que el de las mujeres más jóvenes. Tomando en cuenta que la media de edad de las mujeres es de 36,62 años se ha presupuesto que las participantes de mayor edad tendrían un estado emocional y una calidad de vida deteriorados. A continuación, se exponen una comparación de los resultados encontrados y la literatura revisada.

Es evidente que la fecundidad de la mujer disminuye con el paso del tiempo (Findlay et al. (2015)). Con la edad, baja la reserva ovárica lo cual supone una disminución en la cantidad pero también en la calidad de los ovocitos. Estudios de Alamá y Remohí (2011) y Bunting, Tsibulsky y Boivin (2012) indican que existe un desconocimiento sobre la infertilidad, su prevalencia y sus causas en la población en general. Estos autores expresan que las personas no son conscientes de los aspectos biológicos de la concepción y, a menudo, sobreestiman las posibilidades de embarazo durante un ciclo menstrual. Asimismo, un estudio de Mac Dougall, Beyene y Nachtigal (2012) indica que el 44% de las mujeres mayores de 40

años no anticiparon la posibilidad de necesitar una FIV para concebir, y reportaron encontrarse alarmadas al descubrir que su conocimiento acerca de la rapidez del declive relacionado con la reproducción no era acertado. En nuestro estudio se ha podido observar esta tendencia. Durante la primera sesión, la mayoría de participantes ignoraba estos datos: afirmaron que nunca se habían planteado este tipo de cuestiones para conseguir un embarazo. El tiempo y la edad no habían sido un factor de preocupación anteriormente. Entre los motivos por los que postergaron el inicio de búsqueda de descendencia estaban, la necesidad de una estabilidad económica, laboral y sentimental. Esto concuerda con datos del INE (2018b). Además, analizando diferencias entre mujeres y hombres del presente trabajo, llama la atención el mayor número de mujeres con estudios universitarios y formación profesional en comparación a los hombres. En la misma línea, Cousineau y Domar (2007) y Fretts (2018) manifiestan que la tendencia de retrasar la natalidad se debe, en parte, a mayores oportunidades de formación profesional y promoción laboral. Las mujeres expresan un deseo de alcanzar una carrera profesional, tienen metas personales y de formación profesional, buscan una estabilidad financiera y sentimental antes de plantearse tener hijos.

Por otra parte, Hashemieh et al. (2013) han descrito el llamado “fenómeno de envejecimiento”, que describe el estado emocional de pacientes de mayor edad con infertilidad. Presentan mayores niveles de ansiedad y depresión, presumiblemente por no haber conseguido un embarazo y un bebé vivo. Este fenómeno podría estar asociado con la presión social como las reacciones de su entorno que no hacen sino aumentar la ansiedad y la frustración. Durante esta investigación, no se ha observado este fenómeno. Los datos muestran que no existe una relación significativa entre el estado emocional y la edad de las mujeres. El análisis de grupos de edad con mujeres mayores y menores de 37 años no evidencia diferencias en sintomatología depresiva, ansiosa o calidad de vida entre mujeres que inician un ciclo de FIV/ISCI. No obstante, las participantes de este estudio manifiestan estar o haber estado bajo una intensa presión social y haberse sentido frustradas e incluso aisladas por esta causa. Del mismo modo Ramezanzadeh et al. (2004) ha descrito en su estudio la presencia de síntomas moderados-altos de depresión y ansiedad en las mujeres de su muestra. El grupo de edad de menos de 20 años fue el más afectado por sintomatología severa. Teniendo en cuenta que la media de edad en su estudio es de 28 años, sus resultados no son compara-

bles con los del presente estudio: la diferencia entre las medias de edad muestral es considerable y el contexto socio-cultural de las mujeres musulmanas en el que una mujer incapaz de dar a luz (sea la causa femenina o masculina) es diferente y determina mayor ansiedad y depresión. Tener un/a hijo/a es un factor vital para la mujer musulmana. No poder dar a luz las expone a problemas en su matrimonio, actitudes y comportamientos negativos a su alrededor, estigma y violencia. En nuestra cultura, el diagnóstico de infertilidad también tiene un impacto psicológico y social en las mujeres y parejas, pero no son comparables al de culturas como la Islámica.

Finalmente, el estudio de esta hipótesis ha revelado que la edad de las mujeres de esta muestra no presenta una relación con su estado emocional. Las mujeres de mayor edad presentan características psicológicas similares a las más jóvenes. Esto no anula el malestar que manifiestan los/as pacientes en las sesiones en referencia al desgaste emocional derivado ya sea por tratamientos fallidos, presión social, o paso del tiempo y que dicho malestar deba ser, al menos, escuchado.

En el cuarto objetivo específico nos hemos propuesto estudiar la influencia del estado emocional sobre la relación de pareja de los/as pacientes. Revisada la literatura (Eugster y Vingerhoets, 1994; Haica 2013; Peterson et al. 2012; Slade et al. 1997; Wichman et al. 2011), se ha presupuesto que las puntuaciones de estado de ánimo y estado-rasgo de ansiedad correlacionan negativamente con las puntuaciones de las subescalas Relacional y Emocional del FertiQoL. Es sabido que las implicaciones del diagnóstico de infertilidad y la carga del tratamiento tienen un efecto negativo en la relación de pareja. Gerrity (2001) ha indicado que la infertilidad supone una crisis de vida aguda con complicaciones a largo plazo para la persona, su relación de pareja y su familia. En esta hipótesis nos hemos centrado en el estudio de la calidad de vida de los/as pacientes en las esferas Relación de Pareja y Estado Emocional.

Inicialmente, los resultados han establecido la existencia de una correlación negativa significativa entre las puntuaciones en sintomatología depresiva y ansiosa con las de relación de pareja y estado emocional. Es decir, al encontrar mayor puntuación de sintomatolo-

gía depresiva encontramos menor puntuación en las subescalas Relacional y Emocional. Sin embargo, no se puede establecer una relación causal. Es complicado establecer que la sintomatología depresiva sea determinante de una peor calidad de relación de pareja y un estado emocional más deteriorado en las personas que inician un ciclo de FIV/ICSI. Del mismo modo, el análisis de correlaciones entre sintomatología ansiosa, estado y rasgo, evidencia una correlación negativa con la calidad de vida asociada a la relación de pareja y con el bienestar emocional. Esto indica que las personas que inician un ciclo de FIV/ICSI y puntúan alto ansiedad estado-rasgo, puntúan bajo en la calidad de vida en referencia a la relación de pareja y estado emocional.

Este análisis pone de manifiesto que la relación entre la presencia de malestar emocional y baja calidad en la relación marital es mayor en mujeres que en hombres. De hecho, el análisis de las puntuaciones de los hombres entre relación marital y estado emocional no presenta correlación significativa. Estos hallazgos se encuentran en consonancia con los de Huppelschoten et al. (2013): la infertilidad afecta de diferente modo a ambos miembros de la pareja, tanto a nivel emocional, como físico y social. Aunque tanto mujeres como hombres de nuestra muestra han expresado temor a no ser capaces de concebir y llegar a ser padres, con las consecuencias que esto trae a nivel emocional y social. Dado que la capacidad de concebir está ligada a creencias sociales y culturales sobre la identidad sexual, el fallo de la concepción reduce su auto-percepción de los constructos feminidad y masculinidad. Las respuestas a ítems sobre la percepción social de las mujeres y los hombres de la muestra han evidenciado que, si se comparan con personas de su edad y género, se sienten inferiores a personas que tienen hijos/as, experimentan sentimientos de celos y resentimiento y se sienten aislados socialmente.

Por otro lado, Peterson et al. (2012) han señalado que las mujeres suelen reportar mayor tensión dentro de la relación marital. No obstante, tanto mujeres como hombres manifiestan bajos niveles de satisfacción sexual y pérdida de confianza en su cuerpo. En el presente estudio, las mujeres tienen una prevalencia mayor de padecer sintomatología depresiva y ansiosa y experimentar una menor calidad de vida en comparación con los hombres. Sin embargo, en el estudio de esta hipótesis, el estado emocional tanto de las mujeres como de los

hombres se ve afectado por la presencia de estado de ánimo bajo y sintomatología ansiosa. Asimismo, durante las sesiones de intervención se ha observado mujeres con causa de la infertilidad femenina, que manifestaron un gran descontento y decepción con su cuerpo y consigo mismas. Sentían que su cuerpo les estaba fallando, lo cual les generaba sentimientos de culpa y baja autoestima. En parejas que han atravesado por tratamientos de coito programado se ha podido observar problemas en el ámbito sexual. Su idea de sexualidad se encuentra ligada a la reproducción. Ello les produce frustración al experimentar un fracaso cada vez que no se produce el embarazo. Estos/as pacientes han solicitado consejo para superar estas dificultades y retomar una sexualidad plena.

Guerra y Tirado (2007) sostienen que la infertilidad es una experiencia que implica múltiples pérdidas para las personas infértiles. Entre éstas está la pérdida de la posibilidad de tener un/a hijo/a con la pareja con la que comparten su vida. Para algunas parejas el/la hijo/a constituye un vínculo final. En el momento que la formación de este vínculo se ve amenazado, las personas sufren una crisis tanto a nivel individual como a nivel relacional. Durante esta investigación se ha podido apreciar que los/as pacientes atraviesan en algún punto de su historia de infertilidad por este tipo de crisis. Varias parejas han expresado que la tensión emocional que han experimentado debido a su diagnóstico les ha hecho plantearse una separación y reportan un sentimiento recurrente de amenaza a su relación.

Por el contrario, a pesar de que la infertilidad es una experiencia de vida estresante, estudios de Peterson et al. (2011b) y Greil et al. (2010) han señalado que existen parejas que han experimentado beneficios en su relación durante sus tratamientos de infertilidad, indicando que esta experiencia les ha unido más. Las parejas que reportaron beneficios en su relación lo han vinculado a una mayor apertura y comunicación debido a la crisis conjunta que se atraviesa. Al examinar los ítems de la escala Relacional se ha advertido que muchos/as participantes consideran que los problemas de fertilidad han fortalecido el compromiso con su pareja y que se encuentran contentos/as con su relación a pesar de atravesar por estas dificultades. Durante las sesiones de intervención se han observado testimonios semejantes, ya que algunos/as participantes afirman que, aunque experimenten una crisis, su

relación marital está por encima del deseo de ser padres/madres. Además, demuestran tener planes conjuntos alternativos a la parentalidad en el caso de no lograr este objetivo.

Para concluir, el analizar diferentes esferas de la calidad de vida de las personas con infertilidad permite tener en consideración sus percepciones y su punto de vista acerca de los tratamientos a los que se someten. Al ser una enfermedad que involucra a una pareja, es de esperar que su relación pueda sufrir alteraciones en los momentos donde el estrés emocional aumenta debido a las implicaciones que conlleva un diagnóstico de infertilidad y su tratamiento médico. Al existir diferencias bioquímicas, procesos de socialización y expectativas de rol de género, es razonable que las mujeres y los hombres experimenten de forma diferente el diagnóstico de infertilidad y sus reacciones sean diversas. Y aunque la evidencia señale que las mujeres presentan mayor prevalencia en el padecimiento de estrés emocional, síntomas depresivos y ansiosos y baja autoestima, ambos miembros de la pareja están implicados en un proceso estresante. Uno de los hallazgos más relevantes en el estudio de esta hipótesis es el hecho de que la variable predictora del modelo sea la ansiedad-estado, señalando que esta variable tiene un mayor peso para explicar el bienestar de la relación de pareja y el estado emocional.

En los objetivos específicos 5, 6 y 7 se analiza los efectos de la aplicación del programa de intervención psicoeducativa diseñado para mejorar el estado emocional y la calidad de vida de los/as pacientes durante sus tratamientos de fertilidad. Las variables psicológicas estado de ánimo, ansiedad estado-rasgo y calidad de vida han sido evaluadas antes y después del programa, y se han comparado con las de un grupo control. Dado que los resultados han sido similares en las tres variables dependientes medidas, la discusión se hará conjuntamente para las tres.

En primer lugar, se exponen las bases del diseño del programa, el momento en el que se ha aplicado la intervención, y la relación que tiene con la literatura revisada. En la actualidad, existe gran cantidad de literatura sobre intervención psicológica individual, de pareja o grupal, por este motivo, la intervención aplicada en este estudio fue planificada tomando en cuenta la revisión acerca de las intervenciones psicosociales para parejas con infertilidad de

Boivin (2003). Esta autora manifiesta que los programas psicoeducativos han probado una mayor eficacia que las intervenciones de counselling donde se prioriza la expresión emocional, y las intervenciones educativas, cuyo enfoque es brindar nuevas estrategias y aportar información. El diseño del programa se efectuó en base a los programas ACT de Hayes et al. (1996), *Mente y Cuerpo* de Domar et al. (1990) y *Mind-Body Group Intervention* de Lemmens et al. (2004). Estos programas combinan las características más efectivas de ambos enfoques, y además incluyen otras actividades y oportunidades de aprendizaje.

La intervención aplicada en esta investigación sigue un modelo biopsicosocial y recoge los aspectos que se consideran más importantes para trabajar según los objetivos planteados, las necesidades de los/as pacientes y el contexto en el que se aplicaba. Para el diseño del programa se ha tenido en cuenta las diferentes etapas de un ciclo de FIV/ICSI, prestando principal atención a los procesos y necesidades emocionales característicos de éstas. Posteriormente, los resultados de la aplicación del programa de intervención psicoeducativo breve han revelado que este método ha contribuido a la mejora de la calidad de vida y el estado emocional de los/as participantes.

Los resultados del presente estudio son compatibles con los trabajos de Ávila (2008), Domar (2008), Gameiro, Canavarró y Boivin (2013), Li et al. (2016), Matorras y Hernández (2007) y Psaros et al. (2014). En estos estudios las intervenciones también han sido grupales, con un diseño integral y personalizado según las particularidades de los pacientes, utilizando estrategias de entrenamiento para la reducción de los síntomas de estrés y ansiedad, brindando información acerca de los tratamientos, facilitando la participación de las personas dentro de las decisiones con respecto a sus tratamientos y, favoreciendo el reconocimiento y la aceptación de los sentimientos y pensamientos que pueden aparecer durante los tratamientos de infertilidad.

La razón fundamental de la eficacia del formato grupal del programa es que el apoyo emocional que encuentran en el espacio de intervención aporta una contención, que a su vez permite que los/as asistentes se sientan más tranquilos/as y seguros/as a pesar de sus preocupaciones y sensaciones negativas debidas al diagnóstico, tratamiento y resultados.

Además, se sienten acompañados/as al tener un espacio en el que pueden hablar sobre sus problemas de fertilidad, y compartir los sentimientos que les generan (Boivin 2003; 2008; Lemmens et al., 2004; Van der Broeck, 2011). Adicionalmente, el formar grupos de mujeres y hombres y discutir los temas presentados partiendo de las diferencias de género, brinda una gran fuente de apoyo para cada uno de los miembros de la pareja, ya que la mayoría no ha tenido la oportunidad de hablar con personas de su mismo sexo sobre inquietudes y malestares semejantes dentro de un espacio seguro y de contención (Domar, 2000; Lemmens et al., 2004). También se debe comentar que muchos de estos/as pacientes han participado en foros en el internet, no obstante, algunos/as aseguran que es una experiencia diferente, la información que reciben no se filtra y en numerosas ocasiones termina causando malestar y expectativas erróneas.

El hecho de haberse basado en el programa ACT de Hayes et al. (2004) permitió la posibilidad de que estas sesiones sean más flexibles y adaptadas a cada grupo. Smout (2012) ha manifestado que esta terapia está asociada a la mejoría de pacientes con sintomatología de depresión leve-moderada, y puede ser aplicada como intervención breve; por lo tanto, su utilización como base para el diseño del programa aplicado en este estudio consideramos ha sido un acierto, dado que, como se ha expuesto en el apartado de resultados, la población con la que trabajamos tenía síntomas depresivos mínimos y se contaba con un tiempo limitado.

Con respecto al momento de intervención, encontramos numerosos defensores de la intervención psicológica antes de iniciar el tratamiento de fertilidad. Incluso Noorbala et al. (2008) recomienda empezar el proceso de evaluación y tratamiento psicológico en los seis meses previos a iniciar los procedimientos médicos. En la misma línea encontramos estudios de Moreno-Rosset (2010), Moreno-Rosset et al. (2015) y Musa et al. (2014). Estos/as autores/as han utilizado intervenciones que tienen en cuenta la esfera biopsicosocial de las personas, haciendo énfasis en mejorar su calidad de vida y salud mental. Además, subrayan la importancia de los tratamientos preventivos para desarrollar psicopatología debido al sufrimiento que implica la infertilidad combinada con ciertos factores de riesgo. Otros autores como Guerra y Tirado (2007), Peterson et al. (2012), Peterson y Eifert (2011) y Rich y Domar

(2016) sugieren realizar la intervención psicológica durante el tratamiento médico, iniciando con un cribado para identificar a los/as pacientes con posibles factores de riesgo de sufrir psicopatología. Apuntan a que la intervención ofrezca herramientas para enfrentarse a las distintas etapas del tratamiento, en especial a las más críticas, donde los niveles de malestar emocional y sintomatología depresiva y ansiosa suelen ser altos. De igual forma, el entrenamiento en habilidades para reconciliarse con su malestar, aceptar su situación y vivir acorde con los valores individuales es prioritario para autores como Peterson y Eifert (2011) y Rich y Domar (2016). Por otra parte, organismos como la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) y autores como Matorras y Hernández (2007) y Moreno-Rosset (2010) promueven el apoyo psicológico a todos los pacientes en cualquier fase de su tratamiento, ya sea al inicio, durante o al finalizar los tratamientos, puntualizando una vez más la importancia del cribado de las personas en situación de vulnerabilidad que se pueden beneficiar de diferentes tipos de intervenciones psicológicas según sus necesidades.

En este estudio se ha intentado integrar estas recomendaciones, al identificar las principales dificultades de la población al inicio y durante su ciclo de FIV/ICSI. Posteriormente se ha trabajado sobre las mismas, ofreciendo herramientas para aceptarlas y confrontarlas. Se ha puesto como prioridad el mejorar el estado emocional y la calidad de vida de los/as participantes, durante sus tratamientos médicos tratando de aliviar su carga. Como se ha indicado anteriormente, en el análisis de las puntuaciones del grupo clínico en las variables dependientes post intervención se ha encontrado una mejoría significativa en consideración a la sintomatología ansiosa y la calidad de vida. En contraste, en el grupo control se ha evidenciado un aumento de la sintomatología ansiosa y depresiva, y el deterioro de su calidad de vida.

En segundo lugar, se han considerado los enfoques en los que se ha basado este programa de intervención breve para hacer una breve comparación con cada uno de ellos. El programa Mente y Cuerpo de Domar et al. creado en 1987 tiene un formato grupal y la mayoría de las sesiones están diseñadas para mujeres, sus parejas participan en tres de 10 sesiones donde tienen la oportunidad de aprender algunas estrategias de relajación y reducción de los síntomas psicológicos. Una variación de este programa es presentada por

Psaros et al. (2014), esta intervención incluye entrenamiento para provocar la respuesta de relajación corporal y promover estrategias de afrontamiento. Al igual que en el programa *Mente y Cuerpo* original, en esta intervención también participan solo mujeres, y en la última sesión sus parejas. La diferencia principal de la intervención aplicada con estos programas se halla en que todas las sesiones fueron planificadas tanto para las mujeres como para sus parejas. Como se ha observado en el apartado teórico, en la actualidad gran parte de la investigación sobre infertilidad se centra en las mujeres, dejando de lado al otro miembro de la pareja. Por este motivo, en el diseño de este programa se decidió proporcionar un espacio donde las mujeres y sus parejas puedan compartir su experiencia, obtener información sobre sus tratamientos de fertilidad, solventar sus dudas y preocupaciones, y beneficiarse de herramientas que les permita reconocer y saber cómo actuar ante la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Por otro lado, el programa *Mente y Cuerpo para la Infertilidad* fue el primero en tomar en consideración los aspectos cognitivos, emocionales y físicos de las personas con infertilidad. En el transcurso de unos meses los síntomas de depresión, ansiedad, hostilidad y síntomas físicos como dolor abdominal, insomnio y dolores de cabeza del 33% de las mujeres que participaron en este programa se habían reducido notablemente. En el programa aplicado en nuestra investigación se observan efectos similares en cuanto a la reducción de síntomas psicológicos derivados del malestar del tratamiento de fertilidad, y además se logran en menor tiempo y con menos sesiones de intervención.

En referencia al programa ACT de Hayes et al. (1996), utilizado ampliamente en el ámbito de la intervención psicológica señalar que utiliza herramientas del Mindfulness para centrarse en la experiencia presente y permite que los/las pacientes obtengan una perspectiva diferente de sí mismos (Hayes, 2004). Además, contribuye a que las personas tomen acciones concretas para alcanzar sus metas. El programa ACT ha sido descrito por Smout (2012) quien afirma que la meta principal es ayudar a los/as pacientes a aceptar sus pensamientos y sentimientos y a vivir consistentemente con sus valores. En este enfoque los síntomas de ansiedad son vistos como una parte del amplio rango de la experiencia humana, y los autores consideran que la lucha por controlar y dominar los síntomas de la ansiedad son la principal fuente de sufrimiento y no los síntomas en sí. En el estudio de Peterson y Eifert (2011), el programa es aplicado a una pareja, y la mejoría de la mujer es significativa. En la evalua-

ción final, los resultados mostraron que la intervención ha sido capaz de reducir el estrés relacionado con la infertilidad. El malestar psicológico, los síntomas de depresión y el ajuste marital mejoraron significativamente tanto en la mujer, como en el hombre. Los resultados de este estudio son congruentes con los conseguidos en la intervención llevada a cabo en el presente estudio; cuyos resultados han sido favorables para los participantes en el grupo clínico. La evaluación al final del estudio evidencia la disminución de su sintomatología depresiva y ansiosa. Adicionalmente, los pacientes se encuentran más satisfechos con su calidad de vida.

El tercer programa tomado como referencia se trata de la Intervención grupal Cuerpo-Mente de Lemmens et al. (2004). Está basado en el programa Mente y Cuerpo de Domar et al., 1990 que utiliza un formato conyugal grupal en el que se reencuadra a la infertilidad como un problema de pareja, lo cual permite brindar una sensación de apoyo y aceptación social. Por otra parte, una de sus diferencias fundamentales, es la frecuencia de las sesiones (seis sesiones, una aplicada mensualmente), lo cual evidencia que el contexto para el que fue creado este programa es diferente al administrado en este estudio. No obstante, los resultados positivos del programa Mente y Cuerpo han sido demostrados y el programa administrado en este estudio concuerda con su eficacia al proporcionar estrategias a los/as participantes y la oportunidad de contacto con otras personas benefician a su estado emocional y calidad de vida. Del mismo modo, los objetivos principales del programa de Intervención Grupal Cuerpo/Mente son: mejorar la comunicación entre la pareja y los/as facultativos/as, lograr una reducción general del estrés en la pareja, estar más involucrados en la toma de decisiones en las diferentes etapas del proceso y, finalmente, crear historias más saludables acerca de sí mismos/as, y sus relaciones, en lugar de que la historia de “desear un hijo/a” domine sus vidas. Estos objetivos han sido abordados durante las sesiones de intervención del programa aplicado en esta investigación, los mismos que han probado su eficacia, tanto en la evaluación post-intervención, como durante las sesiones de intervención donde los/as participantes reconocían los beneficios de los temas tratados y las estrategias impartidas.

Finalmente, después de haber expuesto las comparaciones entre las intervenciones tomadas como base para el diseño del programa aplicado, se puede considerar que se trata de una intervención breve que se adapta a las necesidades actuales de los/as pacientes de las TRA de una forma integral en el contexto de la atención sanitaria. En la línea de Ávila (2008), Bártolo et al. (2016), Guerra et al. (2009) y Moreno-Rosset (2010) se ocupan de aportar apoyo emocional a los/as pacientes y a las parejas, de prevenir el apareamiento y desarrollo de psicopatología, proporcionar información relevante acerca de las técnicas de RA y fomentar la participación activa en la toma de decisiones del tratamiento. En congruencia con los resultados en los estudios de Psaros et al. (2014), Peterson y Eifert, (2011) y Lemmens et al. (2004), la intervención aplicada en esta investigación ha logrado mejorar el estado emocional de los/as participantes y favoreciendo las diferentes esferas de la calidad de vida durante sus ciclos de tratamiento dentro del centro de fertilidad.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio, consideramos que, aunque los resultados han demostrado la eficacia del programa de intervención breve aplicado en el ámbito sanitario, sería interesante aplicar el programa en un ambiente menos estresante y con más disponibilidad de tiempo. Se atribuye a estas circunstancias la pérdida de participantes durante la investigación. Muchos/as de los pacientes no residían en la ciudad de Valencia y los horarios de las consultas no se ajustaban con sus horarios de trabajo.

Se considera que valorar otras variables de estudio como los recursos de afrontamiento, rasgos de personalidad, funcionamiento cognitivo y estrés específico de la infertilidad, podría brindar información también relevante acerca del perfil psicológico de los/as pacientes con infertilidad. De cara al futuro sería importante estudiar a pacientes con otros diagnósticos y técnicas (abortos en repetición, DGP, IA, coito dirigido), personas que acuden a primera visita sin un diagnóstico, o pacientes que han sido dados el alta sin haber conseguido un embarazo después de haber atravesado una TRA. Otro aspecto a implementar es la realización de evaluaciones de seguimiento, para conocer los efectos de la intervención y la adherencia de las técnicas y estrategias impartidas durante el programa de intervención.

El porcentaje de mujeres solas y homosexuales es bajo en relación al de mujeres con pareja y parejas heterosexuales, por lo tanto, no se ha podido analizar estadísticamente las diferencias en las variables dependientes e independientes. Al ser una minoría, los estudios de estas pacientes son limitados, muchas de estas mujeres no se veían identificadas en el test específico para la infertilidad ya que ellas no tienen un problema de infertilidad, sino una manera diferente de quedarse embarazadas. Al ver el creciente número de estas mujeres en los servicios de fertilidad, y basándose en los estudios ya realizados, sería interesante aplicar un programa de intervención específico para ellas, tomando en cuenta variables que no se han tomado en cuenta en este estudio, por ejemplo, las motivaciones y el apoyo de la red social.

Por último, hay que mencionar que no se ha podido considerar la experiencia del personal sanitario durante este estudio, se ha descrito anteriormente que los/as profesionales están expuestos a una carga de trabajo significativa, lo cual se ha evidenciado dentro de la URHA. Sería interesante estudiar su experiencia al atender este tipo de pacientes cuyos niveles de ansiedad-estado son considerables, dado que el tiempo disponible de visita es escaso. Con la finalidad de plantear a posteriori intervenciones para mejorar su calidad de vida, gestionar el estrés del trabajo, optimizar la comunicación con los/as pacientes.

8. CONCLUSIONES

Se ha obtenido el perfil de características demográficas, clínicas y de estado emocional para la muestra que asistía a la URHA. Las principales conclusiones se exponen a continuación:

1. La observación de las diferencias de género ha demostrado la discrepancia al experimentar la infertilidad y someterse a un TRA entre las mujeres, agentes activas en estos procedimientos, y sus parejas masculinas, quienes desempeñan un rol de acompañamiento en la mayoría de los casos.
2. El estudio de las relaciones entre el estado emocional y la calidad de vida con variables relacionadas con el tiempo de evolución de la infertilidad y cantidad de tratamientos a los que se han sometido las mujeres y sus parejas ha permitido esclarecer que estas variables no tienen relación entre sí. Es decir, no se ha demostrado que estos factores incrementen los síntomas depresivos, el estado-rasgo de ansiedad o disminuyan la calidad de vida de las mujeres y los hombres durante los TRA.
3. En el análisis separado por sexos se ha demostrado que tanto mujeres como hombres con puntuaciones altas en ansiedad-estado también son los que puntúan más alto en ansiedad-rasgo, y a su vez más bajo en calidad de vida. Las puntuaciones de los hombres han mostrado una correlación inversa entre los años de evolución de la infertilidad y la ansiedad-estado, lo cual indica que, a mayor duración de la infertilidad, la ansiedad-estado es menor.
4. El estado emocional no está relacionado con la edad de las mujeres de esta muestra. La edad de las mujeres no es un factor determinante para sufrir desajuste emocional o tener una calidad de vida disminuida en el momento de someterse a un ciclo de FIV/ICSI. Aunque en algunos estudios se presente a la edad de la mujer como

una variable importante para el desajuste emocional, en este estudio los datos no indican esto.

5. La relación entre el estado emocional y la ansiedad estado-rasgo con la calidad de relación de pareja y bienestar emocional indica que a mayor presencia de sintomatología depresiva y ansiosa las puntuaciones en la escala de la calidad de la relación de pareja y bienestar emocional son menores. En el estudio de las puntuaciones separando el género de los/as participantes se ha observado que se mantiene el mismo patrón de correlaciones; no obstante, las de los hombres son más bajas que las de las mujeres.
6. El programa de intervención ha permitido que los/as participantes del grupo clínico mejoren su estado de ánimo. Por otra parte, se ha evidenciado que el estado de ánimo del grupo control ha tendido a empeorar.
7. El programa de intervención ha ayudado a mejorar tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo de los/as participantes del grupo clínico. Las puntuaciones pre-post de este grupo presentan una mejoría evidente, destacando la disminución de la puntuación de ansiedad-estado. Por el contrario, los resultados del grupo control muestran un aumento en las puntuaciones tanto de la ansiedad estado como de rasgo, señalando que sin intervención durante los TRA los síntomas de ansiedad de los/as pacientes aumentan.
8. El grupo que participó en la intervención psicoeducativa breve presenta una mejoría evidente en la calidad de vida, tanto en la esfera mente-cuerpo, como en la emocional, relacional y social. En la misma línea de las conclusiones anteriores, se ha observado el deterioro de la calidad de vida en todas las escalas en el grupo control.
9. El programa de intervención psicoeducativo ha demostrado ser eficaz disminuyendo la sintomatología depresiva y ansiosa, y favoreciendo la calidad de vida de las personas que atraviesan por un TRA, al mismo tiempo que ha mostrado que tanto el es-

CONCLUSIONES

tado emocional como la calidad de vida del grupo control, por el contrario, se han deteriorado en la segunda evaluación. Esto hace patente la necesidad de la actuación del personal especialista en salud mental dentro del centro de fertilidad, ya sea al inicio, durante o al finalizar los tratamientos, el acompañamiento psicológico se ha hecho evidente dentro de esta investigación.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarts, J., Van Empel, I., Boivin, J., Nelen, W., Kremer, J. y Verhaak, C. (2011a). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*, 26(5), 1112-1118.
- Aarts, J., Huppelschoten, A., Van Empel, I., Boivin, J., Verhaak, C., Kremer, J. y Nelen, W. (2011b). How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Human Reproduction*, 27(2), 488-495.
- Alamá P. y Remohí, J. (2011). Los Estudios y Tratamientos de la Infertilidad. En R. Matorras, B. Coroleu, A. Romeu, y F. Pérez. (Eds.), *Libro Blanco Sociosanitario "La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas"* (pp. 43). Imago Concept & Image Development.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014) *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 (5ª ed.)*. Arlington, VA
- Anawalt, B. y Page, S. (2018a). Approach to the male infertility. *UpToDate*, 7453 Version 17.0
- Anawalt, B. y Page, S. (2018b). Causes of male infertility. *UpToDate*, 7473 Version 20.0
- Anderson, K., Sharpe, M., Rattray, A. y Irvine, D. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 353-355.
- Anguzu, R., Cusatis, R., Fergestrom, N., Cooper, A., Schoyer, K., Davis, J., Sandlow, J. y Flynn, K. (2020). Decisional conflict among couples seeking specialty treatment for infertility in the USA: A longitudinal exploratory study. *Human Reproduction*, 35(3), 573-582.
- Antequera, R. y Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. y Ávila, A. (2008). Principales Trastornos Psicológicos Asociados a la Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29, 167-175.
- Antequera, R. y Moreno-Rosset, C. (2009). La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud*, 20(1), 79-90.
- Argimón Pallás, J., Jiménez Villa, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier.
- Ávila A. y Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: Orientación para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 186-196.
- Babore, A., Stuppia, L., Trumello, C., Candelori, C. y Antonucci, I. (2017). Male factor infertility and lack of openness about infertility as risk factors for depressive symptoms in males undergoing assisted reproductive technology treatment in Italy. *Fertility and Sterility*, 107(4), 1041-1047.

- Baccino, G. (2007). Homoparentalidad y Técnicas de Reproducción Asistida. Grupo de Interés en Psicología. Sociedad Española de Fertilidad. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 24(6), 55-63.
- Bak, C., Seok, H., Song, S., Kim, E., Her, Y. y Yoon, T. (2011). Hormonal imbalances and psychological scars left behind in infertile men. *Journal of Andrology*, 33(2), 181-189.
- Baldwing, D. (2018). Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*, 496, Versión 21.0
- Bártolo, A., Reis, S., Monteiro, S., Leite, R. y Montenegro, N. (2016). Psychological Adjustment of Infertile Men Undergoing Fertility Treatments: An Association With Sperm Parameters. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 521-526.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2011). Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Pearson.
- Bensdorp, A., Tjon-Kon-Fata, R., Verhoeve, H., Koks, C., Hompes, P., Hoek, A., de Bruin, J., Cohlen, B., Hoozemans, D., Broekmans, F., van Bomme, P., Smeenk, J., Mol, B., van der Veen, F. y van Wely, M. (2016). Dropout rates in couples undergoing in vitro fertilization and intrauterine insemination. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 205, 66-71.
- Ber, R. (2000). Ethical Issues in Gestational Surrogacy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21, 153-169.
- Beureprarie, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D. y Tennant, C. (1994). Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: Male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 388(3), 229-240.
- Bhat A. y Byatt N. (2016). Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks. *Current Psychiatry Reports*, 18, 20-31.
- Biringer, E., Howard, L., Kessler, U., Stewart, R. y Mykletun, A. (2015). Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the north-trøndelag health study and the medical birth registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 362, 38-45.
- Blake, L., Jadvá, V. y Golombok, S. (2014). Parent psychological adjustment, donor conception and disclosure: a follow-up over 10 years. *Human Reproduction*, 29(11), 2487-2496.

- Boivin, J. (1997) Is there too much emphasis on psychosocial counselling for the infertile patient. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14, 184-186.
- Boivin J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.
- Boivin, J., Griffiths, E. y Venetis, C. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *British Medical Journal*, 342, d2223-d223.
- Boivin J., Bunting L., Collins J. y Nygren K. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22, 1506-1512.
- Boivin J., Bunting L., Koert E., Chin ieng U. y Verhaak C. (2017). Perceived challenges of working in a fertility clinic: a qualitative analysis of work stressors and difficulties working with patients. *Human Reproduction*, 32(2), 403-408.
- Boivin, J. y Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*, 104(2), 251-259.
- Boivin, J., Scanlan, L. y Walker, S. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Human Reproduction*, 14(5), 1384-91.
- Boivin, J., Takefman, J. y Braverman, A. (2011). The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Fertility and Sterility*, 96(2), 409-415.
- Boivin, J. y Takefman, JE. (1996). Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Human Reproduction*, 11(4), 903-907.
- Botella, J. y Caperos, J.M. (2019). Metodología de investigación en Psicología General Sanitaria. Síntesis.
- Brännström, M. y Díaz-García, C. (2019). Uterus transplantation for absolute uterine factor infertility: Ethics, patient selection, and consent. *UpToDate 98553* Version 15.0
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C. y Kopelman, S. (2001). Definition and causes of infertility. *Reproductive BioMedicine Online*, 2(1), 173-185.
- Brunton, R., Dryer, R. Saliba, A. y Kohlhof, J. (2015). Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorders*, 176, 24-34.

- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2015). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española*. TEA ediciones.
- Bunting L., Tsibulsky I. y Boivin J. (2012) Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from the International Fertility Decision-making Study. *Human Reproduction*, 28(2), 385-397.
- Chambers, G., Wand, H., Macaldowie, A., Chapman, M., Farquhar, C., Bowman, N., Molloy, D. y Ledger, W. (2016). Population trends and live birth rates associated with common ART treatment strategies. *Human Reproduction*, 31(11), 2632-2641.
- Chambers, G., Harrison, C., Raymer, J., Petersen Raymer, A., Britt, H., Chapman, M., Ledger, W. y Norman, R. (2019). Infertility management in women and men attending primary care—patient characteristics, management actions and referrals. *Human Reproduction*, 34(11), 2173-2183.
- Chen, T., Chang, S., Tsai, C. y Juang, K. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19(10), 2313-2318.
- Cooper, T., Noonan, E., Von Eckardstein, S., Auger, J., Baker, H., Behre, H. Haugen, T., Kruger, T., Wang, C., Mbizvo, M., Vogelsong, K. (2009). World Health Organization reference values for human semen characteristics. *Human Reproduction Update*, 16(3), 231-245.
- Couisineau, T. y Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Dar, S., Lazer, T., Swanson, S., Silverman, J., Wasser, C., Moskovtsev, C., Sojecki, A. y Librach, C. (2015). Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychological, and legal issues: experience from a large surrogacy program. *Human Reproduction*, 30(2), 345-352.
- Del Castillo, M. (2015). Ajuste Emocional, afectos, alexitimia y recursos adaptativos en infertilidad (Tesis Doctoral). Recuperado de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Mfdcastillo/DEL_CASTILLO_APARICIO_M_Flor_Tesis.pdf
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L. y López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*, 17, 32-40.
- Domar, A. (2008). The Mind/ Body Program For Fertility. *Fertility Today Magazine*, 3(1), 20.

- Domar, A. (2018a). Psychological stress and infertility. *UpToDate*, 4859 Version 7.0
- Domar, A. D. (2018). Quality of life must be taken into account when assessing the efficacy of infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 109(1), 71-72.
- Domar, A., Rooney, K., Hacker, M., Sakkas, D. y Dodge, L. (2018). Burden of care is the primary reason why insured women terminate in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 109(6), 1121-1126.
- Donarelli, Z., Lo Coco, G., Gullo, S., Salerno, L., Marino, A., Sammartano, F. y Allegra, A. (2016). The Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQoL) Relational subscale: psychometric properties and discriminant validity across gender. *Human Reproduction*, 31(9), 2061-2071.
- Ebbesen, S., Zachariae, R., Mehlsen, M., Thomsen, D., Hojgaard, A., Ottosen, L., Petersen, L. y Ingerslev, H. (2009). Stressful life events are associated with a poor *in-vitro* fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Human Reproduction*, 24(9), 2173-2182.
- Eckler, K. (2017). Patient education: Infertility in couples (The Basics). *UpToDate*, 15426 Version 7.0
- Edelmann, R., Connolly, K. y Bartlett, H. (1994). Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(4), 355-364.
- El Kissi, Y., Amamou, B., Hidar, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H. y Ali, B. (2014). Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 125(2), 134-137.
- El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H. y Ben Hadj Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167(2), 185-189.
- Endler, N. y Kocovski, N. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*. 15(3), 231-245.
- Escudero, E. (2012). Estimulación Ovárica en Reproducción Asistida. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 58(3), 191-199.

- Eugster, A. y Vingerhoets, A. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine*, 48, 575-589.
- Eurostat (2018). Statistics Explained. Population structure and ageing. Recuperado de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing.
- Eurostat (2020). Statistics Explained. Fertility Statistics. Recuperado de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics
- Fausser, B. (2018). Overview of ovulation induction. *UpToDate*, 7407 Version 25.0
- Ferreira, M., Antunes, L., Duarte, J. y Chaves, C. (2015). Influence of Infertility and Fertility Adjustment on Marital Satisfaction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 96-103.
- Findlay, J., Hutt, K., Hickey, M. y Anderson, R. (2015). Ovarian reserve screening: a scientific and ethical analysis. *Human Reproduction*, 30(4), 1000-1002.
- Fretts, R. (2018). Effects of advanced maternal age on pregnancy. *UpToDate*, 421 Version 45.0
- Galhardo, A., Cunha, M. y Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, 20(4), 224-228.
- Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M. y Pinto-Gouveia, J. (2015). The infertility trap: How defeat and entrapment affect depressive symptoms. *Human Reproduction*, 31(2), 419-426.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis- Jones, C., Thorn, P., Van der Broek, U., Venetis, S., Veerhak, M., Wischmann, T. y Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11), 2476-2485.
- Gameiro, S., Canavarro, M. C. y Boivin, J. (2013). Patient centred care in infertility health care: Direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 646-654.
- Gerrity, D. (2001). A Biopsychosocial Theory of Infertility. *The Family Journal*, 9(2), 151-158.

- Gesinc Law, D., Maclehose R. y Longnecker M. (2007). Obesity and time to pregnancy. *Human Reproduction*, 22, 414-420.
- Gil, M. (2009). Mujeres solas que acuden a técnicas de Reproducción Asistida. Grupo de Interés en Psicología. Sociedad Española de Fertilidad. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. 26(1), 65-71.
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704.
- Guerra, D. (2009). Afrontando el final del tratamiento médico. Grupo de Interés en Psicología. Sociedad Española de Fertilidad. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 26(1), 81-85.
- Guerra, D. y Tirado, M. (2007). Intervención psicológica en medicina reproductiva. Grupo de Interés en Psicología. Sociedad Española de Fertilidad. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 24(6), 29-44.
- Guo, M., Chen, Z., Eijkemans, M., Goverde, A., Fauser, B. y Macklon, M. (2012). Comparison of the phenotype of Chinese versus Dutch Caucasian women presenting with polycystic ovary syndrome and oligo/amenorrhoea. *Human Reproduction*, 27(5), 1481-1488.
- Haica, C. (2013). Gender Differences in Quality of Life, Intensity of Dysfunctional Attitudes, Unconditional Self-Acceptance, Emotional Distress and Dyadic Adjustment of Infertile Couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 506-510.
- Hashemieh, C., Neisani, L. y Taghinejad, H. (2013). Assessment of Anxiety in Pregnancy Following Assisted Reproductive Technology (ART) and Associated Infertility Factors in Women Commencing Treatment. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15, 12.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive therapies. *Behaviour Therapy* 35, 639- 665.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. y Lillis J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hermann, R. (2017). Patient education: Generalized anxiety disorder (The Basics). *UpToDate*, 15341, Versión 6.0

- Hopkins, W., Marshall, S., Batterham, A., y Hanin, J. (2009). Progressive Statistics for Studies in Sports Medicine and Exercise Science. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(1), 3-13.
- Hornstein M., Gibbons W. y Schenken R. (2018) Optimizing natural fertility in couples planning pregnancy. *UpToDate*, 5411 Version 43.0
- Hornstein M. y Gibbons W. (2018). Unexplained Infertility. *UpToDate*, 7410, Versión 35.0
- Huppelschoten, A., Van Dongen, A., Verhaak, C., Smeenk, J., Kremer, J. y Nelen, W. (2013). Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Human Reproduction*, 28(8), 2168-2176.
- INE (2018a). Retraso/Adelanto de la Maternidad. Recuperado de <http://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p317/a2018/def/p03/e02/I0/&file=12002.px>
- INE (2018b). Relaciones de pareja. Recuperado de <http://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p317/a2018/def/p03/e02/I0/&file=06003.px>
- INE (2018c). Reproducción Asistida. Mujeres que nunca han estado embarazadas y quieren estarlo según el tiempo durante el cual lo han estado intentando y edad. Recuperado de <http://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p317/a2018/def/p03/e02/I0/&file=09001.px>
- INE (2018d). Reproducción Asistida. Mujeres que se han sometido alguna vez o están sometiéndose a un tratamiento de reproducción asistida, tipo de tratamiento y edad al primer tratamiento. Recuperado de <http://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p317/a2018/def/p03/e02/I0/&file=09003.px>
- Irwin, S. y Hirst, J. (2009). Overview of anxiety in palliative care. *UpToDate*, 83708, Versión 16.0
- Joja, O., Dinu, D. y Paus, D. (2015). Psychological aspects of male infertility. An overview. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 187, 359-363.
- Kahyaoglu, H. y Balkani, P. (2014). Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Nursing and Health Sciences*, 17, 84-89.
- Karaca, N., Karabulut, A., Ozkan, S., Aktun, H., Orenkul, F., Yilmaz, R., Ates, S., Batmaz, G. (2016). Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 206, 158-163.

- Kessler, R., Gruber, M., Hettema, J., Hwang, I., Sampson, M. y Yonkers, K. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38(3), 365-74.
- Kuohung, W. y Hornstein, M. (2019). Overview of infertility. *UpToDate*, 7396 Version 31.0
- Kuohung, K. y Hornstein, M. (2018a). Causes for female infertility. *UpToDate*, 5408 Version 27.0
- Kuohung, K. y Hornstein, M. (2018b). Evaluation of female infertility. *UpToDate*, 5445 Version 57.0
- Kuohung, K. y Hornstein, M. (2018c). Patient education: Evaluation of the infertile couple (Beyond the Basics). *UpToDate*, 2175 Version 17.0
- Kuohung, K. y Hornstein, M. (2018d). Treatments for female infertility. *UpToDate*, 5448 Version 30.0
- Laffont, I. y Edelmann, R. J. (1994). Psychological aspects of in vitro fertilization: a gender comparison. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 15(2), 85-92.
- Lambalk, C. (2015). Anti-Müllerian hormone, the holy grail for fertility counselling in the general population? *Human Reproduction*, 30(10), 2257-2258.
- Lancastle, D. y Boivin, J. (2008). Feasibility, acceptability and benefits of a self-administered positive reappraisal coping intervention (PRCI) card for medical waiting periods. *Human Reproduction*, 23(10), 2299-307.
- Land, J., Courtar, D. y Ever, J. (1998). Patient dropout in an assisted reproductive technology program: implications for pregnancy rates. *Journal of Urology*, 160(2), 624-625.
- Lemmens, G., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., Hooghe T. y Demyttenaere, K. (2004). Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, 19(8), 1917-1923.
- Lenhard, W. y Lenhard, A. (2016). *Calculation of Effect Sizes*. Recuperado de: https://www.psychometrica.de/effect_size.html. Dettelbach (Germany): Psychometrica.
- Li, J., Long, L., Liu, Y., He, W. y Li, M. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on fertility quality of life and pregnancy rates among women subjected to first in vitro fertilization treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 96-104.

- Llavona, L. (2008). El Impacto Psicológico de la Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 158-166.
- Lopes, V., Canavarro, M., Verhaak, C., Boivin, J., y Gameiro, S. (2013). Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. *Human Reproduction*, 29(2), 293-302.
- Mac Dougall, K., Beyene, Y., y Nachtigall, R. (2012). Age shock: misperceptions of the impact of age on fertility before and after IVF in women who conceived after age 40. *Human Reproduction*, 28(2), 350-356.
- Martí, J., Bolívar, M. y Lozares, C. (2017). Network cohesion and social support. *Social Networks*, 48, 192-201.
- Martin, E., Ressler, K., Binder, E. y Nemeroff, C. (2009). The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology. *Clinics in Laboratory Medicine*, 30(4), 865-891.
- Martin, P. (2003). The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5(3), 281-298.
- Mascarenhas MN., Flaxman SR., Boerma T., Vanderpoel S. y Stevens GA. (2012) National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLoS Med*, 9(12), e1001356.
- Matorras R. y Crisol L. (2011). Fertilidad e Infertilidad Humanas. En R. Matorras, B. Coroleu, A. Romeu y F. Pérez (Eds.), *Libro Blanco Sociosanitario "La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas"*. Imago Concept & Image Development.
- Matorras, R. y Hernández, J. (2007). Estudio y tratamiento de la pareja estéril: recomendaciones de la Sociedad Española para el estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción. Adalia.
- McMahon, C., Boivin, J., Gibson, F., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D. y Fisher, J. (2013). Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Human Reproduction*, 28(4), 997-1005.
- Milazzo, A., Mnatzaganian, G., Elshaug, A., Hemphill, S. y Hiller, J. (2016). Depression and Anxiety Outcomes Associated with Failed Assisted Reproductive Technologies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 11(11), e0165805.

- Miller, K. (2019). Intracytoplasmic sperm injection. *UpToDate*, 3261 Version 23.0
- Mindes, E. (2018). I just can't do this anymore! *Fertility and Sterility*, 109(6), 1018-1019.
- Mirasol, E. (2015). Percepciones de las mujeres, parejas y profesionales durante el embarazo, parto y posparto tras someterse a técnicas de reproducción asistida (Tesis Doctoral). Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/69413>.
- Moreno, A. y Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. Grupo de Interés en Psicología. Sociedad Española de Fertilidad. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 24(6), 11-17.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Ávila, A., Jenaro, C., De Castro, F. y Gómez, Y. (2010). Intervención Psicológica en Infertilidad: Protocolos para las unidades de reproducción y en la consulta clínica. *FOCAD*. 11. 1-38.
- Moreno-Rosset, C., Ávila Espada, A., Castro-Pita, F. y Rodríguez, M. (2015). Psychological Support Program in Infertility (PAPI). First data on clinical effectiveness through the study of a case. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 24(5)-12.
- Morin, S., Patounakis, G., Juneau, C., Neal, S., Scott, R. y Seli, E. (2018). Diminished ovarian reserve and poor response to stimulation in patients <38 years old: a quantitative but not qualitative reduction in performance. *Human Reproduction*, 33(8), 1489-1498.
- Muñoz, D., Kirchner, T., Forns, M., Peñarrubia, J. y Balasch, J. (2009). Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de fecundación in vitro (FIV). *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 99-105.
- Musa, R., Ramli, R., Wahab, A., Bustaman, M., Yatim, M., Midin, M., Ruzyanei, N., Das, S., Sidi, H. y Ravidran, A. (2014). A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 65-69.
- Newton, C., Hearn, M., y Yuzpe, A. (1990). Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*, 54(5), 879-886.
- Noorbala, A., Ramazanzadeh, F., Malekafzali, H., Abedinia, N., Forooshani, A., Shariat, M. y Jafarabadi, M. (2008). Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 101(3), 248-252.

- Olivius, C., Friden, B., Borg, G. y Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*, 81(2), 258-261.
- Pannekoek, J., Van der Werff, S., Van Tol, M., Veltman, D., Aleman, A., Zitman, F., Rombouts, S. y Van der Wee, N. (2015). Investigating distinct and common abnormalities of resting-state functional connectivity in depression, anxiety, and their comorbid states. *European Neuropsychopharmacology*, 25(11), 1933-1942.
- Pasch, L., Holley, S., Bleib, M., Shehab, D., Katz, P. y Adler, N. (2016). Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertility and Sterility*, 106(1), 209-215.
- Pasch, L. y Sullivan, K. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13, 131-135.
- Paulson, R. (2019). In vitro fertilization. *UpToDate*, 7404, Version 113.0
- Paulson, R. (2018a). Patient education: In vitro fertilization (IVF) (Beyond the Basics). *UpToDate*, 8394, Version 17.0
- Paulson, R. (2018b). Pregnancy outcome after assisted reproductive technology. *UpToDate*, 6788 Version 81.0
- Pearson, B. (2006). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change Strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(4), 191-192.
- Pérez, M. y Barraca, J. (2014). Estrés percibido, ansiedad, depresión e ira en el proceso de reproducción asistida. Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 40, 161-162.
- Peterson, B. y Eifert, G. (2011a). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 577- 587.
- Peterson, B., Pirritano, M., Block, J. M. y Schmidt, L. (2011b). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, 95(5), 1759-1763.

- Peterson, B., Boivin, J., Norré, J., Smith, C., Thorn, P. y Wischmann, T. (2012) An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 29(3), 243-248.
- Peterson, B., Newton, C. y Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88, 248.
- Pinborg, A., Hougard, C., Andersen, N., Molbo, A. y Schmidt, L. (2009). Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Human Reproduction*, 24(4), 991-999.
- Poikkeus, P., Saisto, T., Punamaki, R., Unkila-Kallio, L., Flykt, M., Vilska, S., Repokari, L., Tulppala, M. y Tiitinen, A. (2014). Birth experience of women conceiving with assisted reproduction: a prospective multicenter study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(9), 880-887.
- Practice Committee of the American Society of Reproductive Medicine. (2018). Smoking and Infertility: a Committee Opinion. *Fertility and Sterility*, 110(4), 611-618.
- Psaros, C., Kagan, L., Shifren, J., Willett, J., Jacquart, J., Alert, Macklin, E., Styer, A., Denninger, J., LaRoche, K., Park, E. (2014). Mind-body group treatment for women coping with infertility: a pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(2), 75-83.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., y Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4(1).
- Ramírez, I., Del Castillo, M. y Moreno, C. (2015). Psychological Predictor Variables of Emotional Maladjustment in Infertility: Analysis of the Moderating role of Gender. *Clínica y Salud*, 26(1), 57-63.
- Rich, C. y Domar, A. (2016). Addressing the emotional barriers to access to reproductive care. *Fertility and Sterility*, 105(5), 1124-1127.
- Rossi, B., Berry, K., Hornstein, M., Cramer, D., Ehrlich, S. y Missmer, S. (2011). Effect of Alcohol Consumption on In Vitro Fertilization. *Fertility and Sterility*, 92(3), 51-52.
- Sabatini, M. (2018). Evaluation and management of infertility in women of advanced age. *UpToDate*, 111561 Version 8.0

- Sanjuán, P. y Magallanes, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clinica y Salud*, 18(1), 83-98.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., García, M. (2014). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de depresión de Beck-II" (BDI-II). *Psicología Conductual. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 22(1), 37-60.
- Sauer, M. (2018). Oocyte donation for assisted reproduction. *UpToDate*, 7405 Version 22.0
- Scheinhardt, M., Lerman, T., König, I. y Griesinger, G. (2018). Performance of prognostic modelling of high and low ovarian response to ovarian stimulation for IVF. *Human Reproduction*, 33(8), 1499-1505.
- Sejbaek, C., Hageman, I., Pinborg, A., Hougaard, C. y Schmidt, L. (2013). Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42 880 women treated with ART. *Human Reproduction*, 28(4), 1100-1109.
- Slade, P., Emery, J. y Lieberman, B. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12(1), 183-190.
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. y Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22(8), 2309-2317.
- Smeenk, J., Verhaak, C., Eugster, A., van Minnen, A., Zielhuis, G. y Braat, E. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16(7), 1420-1423.
- Smout, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy. Pathways for general practitioners. *Australian Family Physician*, 41(9), 672-676.
- Sociedad Española de Fertilidad. Manual de buena práctica clínica en Reproducción Asistida. Grupo de Interés de Ética y Buena Práctica de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). (2016). Recuperado de <https://www.sefertilidad.net/docs/noticias/manualBuena-Practica.pdf>
- Steuber, K. y High, A. (2015). Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. *Human Reproduction*, 30(7), 1635-1642.

- Sundby, J., Olsen, A. y Schei, B. (1994) Quality of care for infertility patients. An evaluation of a plan for a hospital investigation. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22(2), 139-144.
- De Geyter, Ch., Calhaz, J., Kupka, M., Wyns, C., Mocanu, E., Motrenko, T., Scaravelli, G., Smeenk, J., Vidakovic, S. y Goossens, V. The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2018). ART in Europe, 2014: results generated from European registries by ESHRE. *Human Reproduction*, 33 (9), 1586-1601.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Tuil, W., Ten Hoopen A., Braat, D., De Vries Robbé, P. y Kremer, J. (2006). Patient-centred care: using online personal medical records in IVF practice. *Human Reproduction*, 21(11), 2955-2959.
- Valenzuela, P., Arteaga, E., Pou, R. y Villaseca, P. (2016). Etapas Reproductivas en la mujer adulta: transición a la menopausia. En Comité Directivo de la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), *Climaterio y Menopausia*, 3, 1-13.
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T. y Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 422-428.
- Vassard, D., Lund, R., Pinborg, A., Boivin, J. y Schmidt, L. (2012). The impact of social relations among men and women in fertility treatment on the decision to terminate treatment. *Human Reproduction*, 27(12), 3502-3512.
- Wichman, C., Elhers, S., Wichman, S., Weaver, A. y Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 95(2), 717-721.
- Wilcox, A., Weinberg, C., y Baird, D. (1996). Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 51(6), 357-358.
- Williams, J. y Nieuwsma, J. (2018). Screening for depression in adults. *UpToDate*, 83887 Version 22.0

- Wischmann, T., Korge, K., Scherg, H., Strowitzki, T. y Verres, R. (2012). A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. *Human Reproduction*, 27(11), 3226-3232.
- Ying, L., Wu, L. y Loke, A. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1640-1652.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. y van der Poel, S., on behalf of ICMART and WHO. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO). (2009). Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 24(11), 2683-2687.
- Zitzmann, M., Rolf, C., Nordhoff, V., Schröder, G., Rickert-Föhring, M., Gassner, P. y Nieschlag, E. (2003). Male smokers have a decreased success rate for in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 79, 1550-1554.

Listado de Abreviaturas

- TRA.** Técnicas/ tratamientos de Reproducción Asistida
- RA.** Reproducción Asistida
- DE.** Desajuste Emocional
- EE.** Estrés Emocional
- FSH.** Hormona folículo estimulante
- GnHR.** Hormona liberadora de gonadotropinas
- LH.** Hormona luteinizante
- AMH.** Hormona Antimulleriana
- TSH.** Hormona estimulante de la tiroides
- ETS.** Enfermedades de Transmisión Sexual
- BRO.** Baja Reserva Ovárica
- SHO.** Síndrome de Hiperestimulación Ovárica
- IMC.** Índice de Masa Corporal
- FIV.** Fecundación in Vitro
- ICSI.** Inyección Intra Citoplasmática
- TEC.** Transferencia de Embriones Congelados
- IAD.** Inseminación Artificial con semen de Donante
- TAG.** Trastorno de Ansiedad Generalizada
- TCC.** Terapia Cognitiva Conductual
- ACT.** Terapia de Aceptación y Compromiso
- CCP.** Cuidado Centrado en el Paciente
- BDI-II.** Beck Depression Inventory
- STAI.** State-Trait Anxiety Inventory
- STAI-E.** Ansiedad Estado
- STAI-R.** Ansiedad Rasgo
- URHA.** Unidad de Reproducción Humana Asistida

ANEXOS

ANEXO 1



FPNT-CEIB-04 (B)

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Don Serafín Rodríguez Capellán, Secretario del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario y Politécnico La Fe,

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su sesión de fecha **17 de enero de 2018**, el Proyecto de Investigación:

Título: **“IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICO EDUCATIVO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DURANTE SUS TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.”**

Nº de registro: **2017/0547**

Versión/fecha de la memoria del proyecto: **10 de enero de 2018**

Versión/fecha de la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado: **2/ Enero 2018**

Versión/fecha de la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado para el Grupo Control: **2/ Enero 2018**

Que dicho proyecto se ajusta a las normativas éticas sobre investigación biomédica con sujetos humanos y es viable en cuanto al planteamiento científico, objetivos, material y métodos, etc, descritos en la solicitud, así como la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado.

En consecuencia, este Comité acuerda emitir **INFORME FAVORABLE** de dicho Proyecto de Investigación que será realizado en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe por el/la **Dr. / Dra. Ruth Abad Villavicencio** del servicio/unidad/grupo de investigación de **UNIVERSIDAD DE VALENCIA** como Investigador Principal.

Que el CEI del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, tanto en su composición como en sus procedimientos, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con la legislación vigente que regula su funcionamiento, y que la composición del CEI del Hospital Universitario y Politécnico La Fe es la indicada en el anexo I, teniendo en cuenta que, en el caso de que algún miembro participe en el estudio o declare algún conflicto de interés, no habrá participado en la evaluación ni en el dictamen de la solicitud de autorización del estudio clínico.

Lo que firmo en Valencia, a 17 de enero de 2018



Fdo.: Don Serafín Rodríguez Capellán
Secretario del Comité de Ética de la Investigación

ANEXO 2

FertiQoL International

Cuestionario de Calidad de Vida en la Fertilidad (2008)

En cada pregunta le rogamos marcar (la casilla) la respuesta que más se ajusta a su opinión y sentimiento.
Relacione sus respuestas con sus pensamientos y sentimientos actuales.

Algunas preguntas pueden ser de su vida privada, pero son necesarias para medir bien todos los aspectos de su vida.

Le rogamos rellenar las líneas marcadas con un asterisco (*) solo si tiene una pareja.

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muy Mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy Buena
A	¿Cómo clasificaría usted su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muy Insatisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Ni Satisfecho(a) ni Insatisfecho(a)	Satisfecho(a)	Muy Satisfecho(a)
B	¿Está usted satisfecho(a) con la calidad de su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Totalmente	Mucho	Moderadamente	No Mucho	Nada
Q1	¿Se encuentran su atención y concentración afectados por pensamientos de infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	¿Piensa que no puede avanzar con otros planes de su vida debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	¿Se siente vacío(a) o agotado(a) debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	¿Se siente capaz de afrontar sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muy Insatisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Ni Satisfecho(a) ni Insatisfecho(a)	Satisfecho(a)	Muy Satisfecho(a)
Q5	¿Está satisfecho(a) del apoyo que recibe de sus amistades sobre sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	¿Está satisfecho(a) con sus relaciones sexuales aunque tenga problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Siempre	Muy Frecuente	Frecuente	A Veces	Nunca
Q7	¿Causan sus problemas de fertilidad sentimientos de celos y resentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	¿Siente desconsuelo o sentimiento de pérdida por no poder tener un hijo (o más hijos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	¿Alterna usted entre esperanza y desesperación debido a los problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	¿Se siente aislado(a) socialmente debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	¿Son usted y su pareja amorosos a pesar de tener problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	¿Interfieren sus problemas de fertilidad con sus obligaciones o tareas diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	¿Se siente molesto(a) asistiendo a situaciones sociales como festividades y celebraciones debido a sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	¿Siente que su familia puede comprender lo que usted está sufriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muchísimo	Mucho	Moderadamente	Un poco	Nada
*Q15	¿Han fortalecido los problemas de fertilidad su compromiso hacia su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	¿Se siente triste y deprimido(a) sobre sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	¿Se siente inferior a las personas que tienen hijos por sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	¿Le molesta la fatiga que experimenta debido a sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	¿Han provocado sus problemas de fertilidad repercusiones negativas en su relación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	¿Siente que es difícil hablarle a su pareja sobre sus sentimientos relacionados con la infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	¿Está contento(a) con su relación a pesar de tener problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	¿Siente presión social para tener un hijo (o más hijos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	¿Le causan enojo sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	¿Siente dolor y malestar físico debido a sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL International

Módulo de Tratamiento Opcional

¿Ha comenzado usted tratamiento para la fertilidad (incluya cualquier consulta o intervención médica)? En caso afirmativo, le rogamos responder las siguientes preguntas. En cada pregunta le rogamos marcar (en la casilla) la respuesta que más se ajusta a su opinión y sentimiento. Relacione sus respuestas con sus pensamientos y sentimientos actuales.

Algunas preguntas pueden ser de su vida privada, pero son necesarias para medir bien todos los aspectos de su vida.

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Siempre	Muy Frecuente	Frecuente	A Veces	Nunca
T1	¿Afecta negativamente su estado de ánimo el tratamiento de infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	¿Tiene a su disposición los servicios médicos de fertilidad que usted desearía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muchísimo	Mucho	Moderadamente	Un poco	Nada
T3	Describa lo complicado que es soportar el procedimiento y / o administración del medicamento para su(s) tratamiento(s) de infertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	¿Le molestan los efectos del tratamiento en sus actividades diarias o laborales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	¿Siente usted que el personal médico encargado de su fertilidad comprende lo que usted está sufriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	¿Le molestan las secuelas físicas de los medicamentos y tratamiento de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada pregunta, marque la respuesta que más se ajusta a sus pensamientos y sentimientos actuales		Muy Insatisfecho (a)	Insatisfecho (a)	Ni Satisfecho(a) ni Insatisfecho (a)	Satisfecho (a)	Muy Satisfecho (a)
T7	¿Está satisfecho(a) con la calidad de los servicios que tiene disponibles para abordar sus necesidades emocionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	¿Cómo clasificaría usted la cirugía y/o tratamiento(s) médico(s) que ha recibido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	¿Cómo clasificaría usted la calidad de la información que ha recibido sobre el medicamento, la cirugía y/o tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	¿Está satisfecho(a) de sus comunicaciones con el personal médico de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ANEXO 3



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Versión de la HIP: 2	Fecha de la versión: Enero de 2018
Investigador Principal: Ruth Elizabeth Abad Villavicencio 654493551 ruthe.abadv@gmail.com	
CENTRO: Universidad de Valencia	
Título del proyecto de investigación: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICO EDUCATIVO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DURANTE SUS TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA	

1. INTRODUCCIÓN:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico la Fe.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportunas.

2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Este estudio tiene como objetivo evaluar el estado emocional y la calidad de vida de las parejas durante sus Tratamientos de Reproducción Asistida, mediante la utilización de medidas específicas para personas con problemas de infertilidad. Elaborar y poner en práctica una serie de sesiones informativas acerca de la infertilidad y su impacto psicológico en los pacientes, posteriormente se realizará una re evaluación de su estado emocional con el fin de valorar si existe una mejora en su calidad de vida y verificar la eficacia de las sesiones de información.

Estudiar el estado emocional, examinar el estado psicológico, conocer la calidad de vida de los pacientes e intervenir en los casos que lo requieran, es prioritario en este servicio. El propósito es mejorar la atención en esta Unidad y para lograrlo es necesario realizar estudios que sirvan como punto de partida.

La fase de diagnóstico se llevará a cabo durante los meses de enero, febrero y marzo de 2018. Al mismo tiempo se aplicarán las sesiones informativas, y por último, se realizará una re evaluación a todos los participantes del estudio.

Los test que se utilizarán para evaluar las características psicológicas de los participantes son los siguientes y se aplicarán en dos ocasiones, una pre intervención y otra post intervención:

BDI-II: Beck Depression Inventory. Este inventario mide la severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, motivacionales y fisiológicos de la depresión. Es uno de los instrumentos más utilizados para la medida de la depresión.

STAI, State- Trait Anxiety Inventory. Diseñado para aportar una medida objetiva del estado y los rasgos de ansiedad. Es considerado como el mejor instrumento en la actualidad para medir la sintomatología de la ansiedad.

FertiQoL. Fertility Quality of Life. Indica el impacto de los problemas de fertilidad en la calidad de vida en hombres y mujeres afectos de infertilidad y los integra en el cuidado clínico.

Se desarrollarán sesiones informativas con una duración de 1 hora y 30 minutos, semanalmente. Los temas a tratar son relativos al estado psicológico de las parejas durante sus tratamientos de Reproducción Asistida, entre ellos; síntomas de ansiedad, síntomas de depresión, estrés y calidad de vida.

4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

No se aportan beneficios a los participantes. Sin embargo al formar parte en este estudio, se aportará información importante para mejorar su calidad de vida y la de otras parejas en su situación.

No se valoran riesgos asociados a la participación en el estudio.

5. N° DE URGENCIA PARA PROBLEMAS DEL ESTUDIO:

En caso de que desee formular preguntas acerca del estudio o daños relacionados con el mismo, contactar con el médico del estudio Dra. Mónica Romeu Villaroya en el número de teléfono 618814560.

6. CONFIDENCIALIDAD:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su médico del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Sólo se tramitarán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, n° de la seguridad social, etc... En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y

garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio, colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Biomédica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El acceso a su historia clínica ha de ser sólo en lo relativo al estudio.

El responsable del Registro de os datos en la Agencia Española de Protección de datos es la Consellería de Sanitat.

7. COMPENSACIÓN ECONÓMICA:

El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo, por lo que su participación en éste no le supondrá ningún gasto.

8. OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE:

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, no se añadirá ningún dato nuevo a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente obtenidas para evitar la realización de nuevos análisis.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el promotor o los investigadores del mismo lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca por la mediación en estudio o porque consideren que usted no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo por el que se ha decidido su retirada del estudio.

El promotor podrá suspender el estudio siempre y cuando sea por alguno de los supuestos contemplados en la legislación vigente.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto. Cuando acabe su participación recibirá el mejor tratamiento disponible y que su médico considere el más adecuado para su enfermedad, pero es posible que no se le pueda seguir administrando la medicación objeto del presente estudio. Por lo tanto, ni el investigador, ni el promotor, adquieren compromiso alguno de mantener dicho tratamiento fuera de este estudio.

ANEXO 4



MODELO DE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Título del estudio: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICO EDUCATIVO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DURANTE SUS TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Yo,

He leído la hoja de información que se me ha entregado.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: Ruth Abad Villavicencio

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1º Cuando quiera
- 2º Sin tener que dar explicaciones.
- 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Nombre:
Fecha:

Nombre:
Fecha: